SOZIOÖKONOMISCHE SITUATION UND PSYCHOSOMATISCHE MAGEN-DARM-ERKRANKUNGEN TÜRKISCHER GASTARBEITER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der Doktorwürde
des
Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften
der Philipps-Universität Marburg/Lahn

vorgelegt von

ALI KOÇ

aus Antalya (Türkei)

Marburg/Lahn 1980

Druck: Görich & Weiershäuser, Marburg

SOZIOÖKONOMISCHE SITUATION UND PSYCHOSOMATISCHE MAGEN-DARM-ERKRANKUNGEN TÜRKISCHER GASTARBEITER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der Doktorwürde
des
Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften
der Philipps-Universität Marburg/Lahn

vorgelegt von

ALI KOÇ

aus Antalya (Türkei)

Marburg/Lahn 1980

Druck: Görich & Weiershäuser, Marburg

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Vom Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der
Philipps-Universität Marburg/Lahn
als Dissertation angenommen am 15.2.1980
Tag der mündlichen Prüfung am 10.4.1980
Hauptberichterstatter Prof.Dr.Johannes Siegrist
1. Mitberichterstatter Prof.Dr.Michael Th. Greven
2. Mitberichterstatter Prof.Dr.Dieter Boris

Diese Arbeit wurde im Andenken an
Prof.Dr. Fikret Ünsal
verfaßt, der in diesem Jahr einem
politischen Attentat zum Opfer fiel.
Ihm verdanke ich viel.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546010_0007

VORWORT

In dieser Arbeit werden psychosomatische Erkrankungen der Gastarbeiter am Beispiel der Ulkuserkrankung bei türkischen Gastarbeitern untersucht. Als Ausgangspunkt stehen ökonomische, soziale und kulturelle Voraussetzungen der Gastarbeiter und nicht etwa die Epidemiologie der sogenannten Südländerkrankheiten wie z.B. Cholera oder Untersuchungen aus der Sicht des arbeitgebenden Aufnahmelandes.

Sicherlich können in dieser Arbeit nicht alle Aspekte der aufgeworfenen Problematik vollständig verarbeitet werden. Jedoch hoffe ich, daß sie insbesondere türkische Wissenschaftler zu weiterführenden Arbeiten auf diesem Gebiet anregt. Damit hätte die Arbeit ihr Hauptziel erreicht.

Marburg, den 19.7.1979

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	
Einleitung	1
Kapitel I Literaturüberblick über die Gesundheitssituation der Gastarbeiter	16
Kapitel II Sozialmedizinische und medizinsoziologische Aspekte von Ulkus	41
2.1. Sozialmedizin und Medizinsoziologie	41
2.2. Psychosomatik und Medizinsoziologie	42
2.3. Ulkus ventriculi und Ulkus duodeni in der Sicht der Medizinsoziologie	46
2.3.1. Alter und Ulkus	57
2.3.2. Geschlecht und Ulkus	58
2.3.3. Soziale Schicht und Ulkus	60
2.3.4. Geographische Region und Ulkus	62
2.3.5. Beruf und Ulkus	64
2.3.6. Lebensverändernde Ereignisse und Ulkus	67
Kapitel III Darstellung einer eigenen Untersuchung über die Ulkuserkrankung bei türkischen Gastarbeitern	71
3.1. Überlegungen zur Ulkuserkrankung bei türkischen Gastarbeitern	71
3.2. Methodische Probleme bei der Untersuchung	75
3.2.1. Probleme bei der Ausarbeitung des Fragebogens	75
3.2.2. Durchführung der Befragung	77
3.2.3. Auswertung der erhobenen Daten	80
3.3. Überblick über die sozioökonomische Situation der befragten Arbeiter	85

Seite

3.3.1. Altersstruktur der Befragten 85
3.3.2. Schichtzugehörigkeit der befragten Arbeiter 86
3.3.2.1. Berufliche Stellung der befragten Arbeiter 86
3.3.2.2. Einkommen der befragten Arbeiter 93
3.3.2.3. Ausbildung der befragten Arbeiter 94
3.4. Ulkusfördernde Faktoren für die Lebensbedingungen der befragten Arbeiter 96
3.4.1. Lebensverändernde Ereignisse (EVENTS) 96
3.4.2. Belastungssituationen am Arbeitsplatz (BELARB) 103
3.4.3. Ulkusfördernde Eß- und Trinkgewohnheiten (ULFOEGE) 108
3.4.4. Belastungssituationen durch Wohnbedingungen (BELWO) 110

4. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen 115

Anhang 125

Literaturverzeichnis 141

Einleitung

Seit den sechziger Jahren wandern Türken in verschiedene Länder Westeuropas, nach Australien und in Erdölländer wie Libyen ein. Konnte in den Anfangsjahren diese Wanderung noch als vorläufig betrachtet werden, so wurde mit der Zeit der ständige Charakter des Aufenthalts der türkischen Arbeiter in diesen Ländern deutlich. Daher soll das Problem der Auswanderung der türkischen Arbeiter im Rahmen der Migrationssoziologie dargestellt werden.

Zum ersten Mal seit der osmanischen Ausbreitung erlebt die Bevölkerung Kleinasiens eine Wanderung, bei der mehr als eine Million Personen beteiligt sind. Allerdings wandern diese nicht als Siedler, die Land in Besitz nehmen, sondern als Arbeiter, die darauf hoffen, ihre Arbeitskraft besser als in der Türkei verkaufen zu können und weitaus mehr Geld zu verdienen.

Für die Massenwanderung der Türkvölker in Asien werden die in verschiedenen Wellen auftretenden Dürreperioden und die dadurch verursachte Versteppung der Weiden als entscheidende Gründe bezeichnet, Erscheinungen, die für die Produktionsweise der Nomaden äußerst ungünstig sind. Wenn die Türkstämme in Zentralasien die klimatischen oder geographischen Bedingungen als Gefahr für ihre Herde empfanden, begannen sie, in andere Gebiete zu wandern, die für ihre Hauptbeschäftigung, die Viehzucht, günstiger waren.

Die Wanderung türkischer Arbeiter hat, wirtschaftlich gesehen, einen ähnlichen Charakter. Auch in den Jahrzehnten seit der Gründung der Republik hat sich die Türkei nicht zu einem Industrieland entwickelt, das seiner Bevölkerung, deren Wachstum eines der höchsten der Welt ist, genügend Arbeitsplätze bieten könnte. Die Beschäftigungsmöglichkeiten innerhalb des landwirtschaftlichen Sektors reichen nicht aus, um die ständig zunehmende Arbeitslosigkeit zu beseitigen. Da die Produktivität im Bereich der Landwirtschaft mit Maschinen leichter zu steigern ist, als mit Landarbeitern, zudem die Produktionskosten durch die Verwendung von Maschinen gesenkt werden, kommt es in zunehmendem Maße zum Einsatz landwirtschaftlicher Maschinen und dadurch zur Freisetzung von Arbeitskräf-

ten in diesem Bereich. Auch die Beschäftigungsmöglichkeiten innerhalb des Dienstleistungssektors und im Bergbau sind zu gering, als daß sie die Arbeitslosigkeit verringern könnten. Die mit der zunehmenden Arbeitslosigkeit verbundene wirtschaftliche Unsicherheit ist auch die wesentliche Ursache der politischen Unruhen in der Türkei.

Die natürlichen und wirtschaftlichen Ressourcen sind in den verschiedenen Ländern und Regionen der Welt in unterschiedlichem Umfang vorhanden und können daher Wanderungsbewegungen zwischen den Ländern und Gebieten hervorrufen. Die Völkerwanderungen der Geschichte, die Migration in den Westen der USA und in den Osten der Sowjetunion und die Binnenwanderungen in vielen Ländern beruhten anfangs hauptsächlich auf der Begrenztheit natürlicher und wirtschaftlicher Ressourcen bzw. auf zeitweise auftretenden Notständen. Auch die Arbeiterwanderung unserer Zeit ist eine Folge ungleicher Voraussetzungen bzw. der Unterschiedlichkeit der ökonomischen Struktur der industrialisierten und der nichtindustrialisierten Länder.

Die gegenwärtige Arbeiterwanderung hängt ihrem Ursprung nach mit dem historischen Prozeß der Industrialisierung der heute entwickelten westlichen Länder zusammen. Auf der Grundlage der ökonomischen und kulturellen Unterschiede, die sich als Ergebnis dieses Industrialisierungsprozesses zwischen den westlichen Industrieländern und den Entwicklungsländern herausgebildet hatten, führte die wirtschaftliche und kulturelle Zusammenarbeit zwischen diesen Ländern zu einer weiteren Benachteiligung der Entwicklungsländer. Im Verlauf dieser Zusammenarbeit kam es zur Herausbildung relativ unterschiedlicher Strukturen auf beiden Seiten, was auch mit Begriffen wie "internationale Arbeitsteilung", "Nord-Süd-Gefälle" etc. bezeichnet wird. Die wirtschaftliche Zusammenarbeit hatte im allgemeinen die Verstärkung der Dominanz des agrarischen Sektors und die mit hoher Verschuldung einhergehende wirtschaftliche Abhängigkeit des nichtindustrialisierten Landes zur Folge. Die nichtindustrialisierten Länder wurden zu wichtigen Märkten für die Industriewaren der Industrieländer, au-

ßerdem schlossen die Industrieländer so eine industrielle Konkurrenz aus, die ihre Exportinteressen gefährden könnte. Durch die zunehmende Verschuldung und auch die Erhöhung der militärischen Ausgaben werden die Entwicklungsländer gezwungen, die Produktion exportorientierter Agrarprodukte wie Baumwolle, Tabak, Gemüse usw. zu steigern und die Rohstoffpreise zu senken, um so das Außenhandelsdefizit zu decken. Da aufgrund der hohen Verschuldung nicht ausreichend im industriellen Bereich investiert werden kann, bleiben die wirtschaftlichen Möglichkeiten des Entwicklungslandes auf den Agrarsektor beschränkt, während die Entwicklung der Industrie zurückbleibt.
In den industrialisierten Ländern herrscht eine Wirtschaftsstruktur, deren Ziel die Vergrößerung des Profits und daher die Eroberung von Märkten und die dementsprechende Konkurrenz ist. In einer solchen Wirtschaftsstruktur ist in bestimmten Perioden des Wachstums die Zahl der einheimischen Arbeitskräfte nicht ausreichend. Daher wird auf das Arbeitskräftereservoir außerhalb der Industrieländer zurückgegriffen, und zwar auf die Bevölkerung von Ländern, in denen das Bevölkerungswachstum hoch und das Wirtschaftswachstum eher niedrig ist. In diesen Ländern können die Industrieländer billige und arbeitswillige Arbeitskräfte finden, die insbesondere in Bereichen mit schwierigen Arbeitsbedingungen beschäftigt werden können und die sich den Anforderungen der Arbeitgeber mit großer Bereitwilligkeit anpassen. Armut und Arbeitslosigkeit treiben in den nichtindustrialisierten Ländern die überschüssigen Arbeitskräfte zur Auswanderung, ein Vorgang, von dem die nichtindustrialisierten Länder auch eine Verringerung ihrer ständig zunehmenden Probleme erwarten.
Unter diesem Blickwinkel kann das Problem als ein Mechanismus von Angebot und Nachfrage verstanden werden, der dazu tendiert, ungleiche Möglichkeiten auszugleichen. Wie jede ungleiche Situation läßt hier die wirtschaftliche Ungleichheit eine Art von zwangsweisem Ausgleich entstehen, der nicht erwartete soziale Probleme mit sich bringt. Durch das ungleiche Wirtschaftswachstum wurde eine Arbeiterwanderung in die Industrieländer ausgelöst, die in großem Umfang ausländ-

dische Arbeitskräfte aufnahmen.
Die ökonomischen Strukturen, in die die Aufnahmeländer und Herkunftsländer eingebettet sind, bedingen also die Arbeitermigration. Von dieser Migration profitieren beide Seiten. Wäre dies nicht der Fall, so gäbe es keine Gastarbeiter in den westlichen Industrieländern. D.h. also, Ursache der Anwesenheit der ausländischen Arbeiter ist nicht die Haltung oder der Wunsch einer der beiden Seiten. Die Arbeitermigration kann daher auf den Willen der Migranten zurückgeführt werden.
Wie bereits beschrieben, ist die entscheidende Voraussetzung für die Arbeitermigration aus den Entwicklungsländern die Industrialisierung der westlichen Länder und die Nichtindustrialisierung des sogenannten Südens. Ähnliche Bedingungen liegen den Binnenwanderungen innerhalb der nichtindustrialisierten Länder selbst zugrunde. Da die Aufnahmekapazität für Arbeitskräfte in der Industrie größer als in der Landwirtschaft ist, ziehen die industrialisierten Gebiete dieser Länder Arbeitskräfte aus den agrarischen bzw. weniger entwickelten Gebieten an. Ursache der Migration in diese Gebiete sind die Beschäftigungsmöglichkeiten nicht nur im Bereich der Industrie, sondern auch im Dienstleistungssektor.
Die Arbeitsmöglichkeiten im Agrarsektor sind in den nichtindustrialisierten Ländern im allgemeinen saisonabhängig bzw. von kurzer Dauer. Abgesehen von diesen saisonbedingten Beschäftigungen bleiben die landwirtschaftlichen Arbeitskräfte oft arbeitslos, erhalten aber keine Arbeitslosenunterstützung. Während dieser beschäftigungslosen Zeiten können sie nirgends Arbeit finden, da es in den landwirtschaftlichen Gebieten kaum Industriebetriebe gibt und der Dienstleistungssektor nicht den gesamten Arbeitslosenüberschuß beschäftigen kann. Das Einkommen, das der Familienführer mit saisonalen landwirtschaftlichen Arbeiten erworben hat, reicht nicht für die Aufwendungen der ganzen Familie aus, und auch die anderen Familienmitglieder sind oft arbeitslos. Zudem ist insbesondere in den Agrargebieten das Bevölkerungswachstum sehr hoch, so daß häufig die Sicherung des Lebensunter-

haltes für die Familie nur möglich ist, wenn die für die Familie finanziell Verantwortlichen auswandern.
Die Migration geht zunächst in das nächstgelegene Industriegebiet und setzt sich stufenweise in weiter entfernt liegende Städte und in andere Staaten fort.
Die Wanderung ins Ausland geht hauptsächlich von den Städten aus. Dies führt dazu, daß zuerst die relativ qualifizierten städtischen Arbeiter auswandern. Danach wandern die Arbeitslosen aus den Städten und allmählich die vom Dorf in die Stadt Gewanderten ins Ausland. Typische Folge dieses Vorgangs ist in den nichtindustrialisierten Ländern die Beschleunigung der Binnenwanderung von den ländlichen Gebieten in die Städte bzw. in die Industriegebiete. Die Arbeitsplätze, die durch die Auswanderung aus den Städten freiwerden, werden sofort von der Landbevölkerung besetzt. So wird auch die Abwanderung der Landbevölkerung aus den Dörfern in die Städte durch die Nachfrage der Industrieländer nach Arbeitskräften stimuliert.
Ebenso wie in den anderen Entwicklungsländern ist auch in der Türkei die Landwirtschaft der führende wirtschaftliche Sektor, der die Struktur der gesamten Gesellschaft bestimmt. Seit der Zeit Kemal Atatürks wurden jedoch auch Versuche zur Entwicklung des industriellen Sektors unternommen, der zwar bis jetzt nur eine geringe Beschäftigungskapazität aufweist, aber für die Wirtschaft der Türkei eine wichtige Rolle spielt. In diesem Sektor haben die staatlichen Betriebe eine große Bedeutung. Nur im staatlichen Sektor wird, anders als in den privaten Unternehmen, eine für die Türkei sinnvolle Investitionspolitik betrieben, weshalb ausschließlich von diesem Sektor Impulse für eine selbsttragende Industrialisierung der Türkei zu erwarten sind.
Die Verspätung und das Zurückbleiben der Industrialisierung, schon zur osmanischen Zeit unterbliebene Maßnahmen zur Entwicklung des Landes und die agrarische Struktur sind wichtige Ursachen der ökonomischen Rückständigkeit der Türkei, die auch die Migration von überschüssigen Arbeitskräften ins Ausland bedingt.

Die massenhafte Abwanderung aus den ländlichen Gebieten kann als eine Art Landflucht bezeichnet werden. Die Türkei besteht überwiegend aus ländlichen Gebieten und in den letzten Jahren hat die Landflucht ein unkontrollierbares Ausmaß erreicht. Seit 1960 nahm die Zahl der Migranten so stark zu, daß sie, hätten die Aufnahmeländer nicht die Anwerbung türkischer Arbeitskräfte gestoppt, bis 1978 einige Millionen erreicht haben könnte. So waren 1974 800 000 Arbeitskräfte in den Wartelisten des türkischen Arbeitsamtes eingetragen (71).

Anfangs erwartete man in der Türkei von der Auswanderung türkischer Arbeitskräfte verschiedene günstige Auswirkungen auf die Wirtschaft des Landes.

Zum einen wurde die Emigration arbeitsfähiger Personen als zumindest vorläufige Lösung des Arbeitslosenproblems in der Türkei betrachtet, zum anderen erhoffte man sich von der Auswanderung eine Milderung der Devisenprobleme und damit einen bedeutenden Beitrag zur Entwicklung der türkischen Wirtschaft bzw. des Außenhandels. Außerdem bestand die Erwartung, daß die türkischen Arbeiter im Verlaufe ihres Aufenthaltes in den westlichen Ländern für den industriellen Arbeitsprozeß notwendige Qualifikationen erwerben könnten, die nach ihrer Rückkehr der türkischen Wirtschaft zugute kämen. Man hoffte also, daß die Arbeiterauswanderung in verschiedener Hinsicht eine große Rolle für die Industrialisierung der Türkei spielen würde.

Was die Verminderung der Arbeitslosigkeit in der Türkei angeht, so hatte die Auswanderung türkischer Arbeiter keine großen Auswirkungen. Zur Zeit des Beginns der Auswanderung wuchs die Bevölkerung jährlich um 2,6% (71). Das Wirtschaftswachstum war nicht groß genug, um zu einer nennenswerten Ausweitung des Arbeitsplatzangebotes zu führen, das den Zuwachs an erwerbsfähigen Personen hätte aufnehmen können. Arbeitsplätze, die im Zuge der Auswanderung frei wurden, wurden sofort von den anderen Arbeitslosen besetzt.

Devisen wurden von den türkischen Arbeitern in größerem Umfang bis zum Einsetzen der Wirtschaftskrise in der Türkei,

die teilweise durch den Zypernkrieg verursacht wurde, nach Hause geschickt. Diese Devisen wurden vorwiegend zur Deckung der Außenhandelsdefizite bzw. für Waffenkäufe verwendet. Nachdem die türkische Währung immer wieder abgewertet worden war, verringerten die türkischen Arbeiter jedoch ihre Devisenüberweisungen, da sie ihr Geld nicht in eine ständig an Wert verlierende Währung umtauschen wollten.
Auch die Hoffnung, daß die türkischen Arbeiter ihre Kenntnisse industrieller Produktionstechniken in den Aufnahmeländern erweitern könnten und dadurch nach ihrer Rückkehr der Industrialisierungsprozeß in der Türkei unterstützt wurde, stellte sich als Irrtum heraus, da in den Aufnahmeländern kaum Möglichkeiten für eine berufliche Fortbildung oder eine weitere Qualifizierung bestanden. Darüber hinaus verlor die türkische Wirtschaft zunächst einen großen Teil der relativ qualifizierten städtischen Arbeiter, da im Rahmen der zweistufigen Wanderung diese zuerst auswanderten, in den Aufnahmeländern jedoch oft nur als Hilfsarbeiter eingestellt wurden.
Unmittelbaren Anstoß zur Auswanderung gaben Arbeitslosigkeit, die niedrigen Löhne und die geringe Kaufkraft dieser Löhne. In den Anfangsjahren der Emigration wanderten die Arbeiter im allgemeinen nicht deshalb aus, weil sie arbeitslos waren, sondern weil ihnen das Geld, das sie in der Türkei verdienen konnten, nicht ausreichte. So zeigte eine 1974 vom türkischen Arbeitsamt durchgeführte Befragung, daß nur 5,46% der auswandernden Arbeiter aufgrund von Arbeitslosigkeit emigrierten, 94,54% jedoch eine Arbeit in der Türkei hatten, aber unter ihren damaligen Lebensbedingungen ihren Lohn für unzureichend hielten (71).
Zudem finden die türkischen Gastarbeiter in den westlichen Industrieländern keine schlechteren Arbeitsbedingungen vor, als in der Türkei, und dies trotz der Tatsache, daß die türkischen Arbeiter im allgemeinen nur als Hilfsarbeiter und unter schwierigen Arbeitsbedingungen eingesetzt werden.
Die wegen der unzureichenden Bezahlung auswandernden Arbeiter waren im allgemeinen qualifizierte Arbeiter, deren Ausbildung Aufwendungen erfordert hatte, die nicht unterschätzt

werden sollten. Die Türkei verlor also die auf ihre Kosten ausgebildeten Facharbeiter, die sie selbst für ihre eigene Wirtschaft benötigte und die in den Aufnahmeländern meist als Hilfsarbeiter und zwar häufig außerhalb des Bereiches ihres Berufes eingestellt wurden.
Die unqualifizierten Arbeiter waren in der Türkei saisonal beschäftigte Landarbeiter, die außerhalb der Arbeitssaison als arbeitslos bezeichnet werden können. Daneben umfaßt der Kreis der Ausgewanderten auch selbständige kleine Gewerbetreibende, die ihr Gewerbe aufgaben, da sie damit kein zufriedenstellendes Einkommen erzielen konnten. Sogar Beamte oder Akademiker waren unter den Migranten.
Im Jahre 1961 wanderten zum ersten Mal türkische Arbeiter aus der Türkei nach Deutschland aus. Als erste Emigration von Arbeitern in der Geschichte der Türkei stellte dies ein historisches Ereignis dar. In der Türkei wurde damals von märchenhaften Verdienstmöglichkeiten in Deutschland erzählt, und für viele türkische Arbeiter und Bauern schienen diese Möglichkeiten unglaublich. Die Folge war, daß unzählige Bewerber, die nach Deutschland bzw. in andere Länder auswandern wollten, in die türkischen Arbeitsämter strömten und sich in Listen eintragen ließen, um bei der erstbesten Gelegenheit in ein Land auswandern zu können, in dem es möglich war, eine geregelte Arbeit zu finden und gut zu verdienen.
Ziel der Auswanderung der türkischen Arbeiter waren damals neben der Bundesrepublik Deutschland die Länder Österreich, Belgien, Holland, Frankreich, Australien und die Schweiz. Jedes Jahr bewarben sich 300 000 Personen um einen Arbeitsplatz in diesen Ländern bei den Arbeitsämtern in der Türkei (71).
Den Unterlagen des türkischen Arbeitsamtes zufolge befanden sich 1974 664.111 männliche und 145.807 weibliche Arbeitskräfte aus der Türkei im Ausland. 80% davon lebten in der Bundesrepublik Deutschland, die anderen hauptsächlich in Frankreich, Österreich, Holland, der Schweiz und in anderen westlichen Industrieländern (71).
Die Auswanderung begann in stärkerem Umfang zunächst in den

Industriegebieten der Türkei, den Provinzen Istanbul und Thrazien. Die Berichte der zuerst Ausgewanderten bewogen weitere Personen in anderen Gebieten zur Auswanderung. Die Migration fing also in den relativ entwickelten Gebieten der Türkei an und setzte sich in weiteren Wanderungen sowohl innerhalb der Türkei als auch nach dem Ausland fort. Betrachtet man die Orte, in denen die ausgewanderten Arbeiter vor der Auswanderung wohnten, so ergibt sich folgende Aufgliederung (in %) (71):

Wohnort	1974
Provinzzentren	27,0
Kreisstädte	27,7
Dörfer	45,1

Die Tabelle zeigt, daß ein großer Teil der türkischen Gastarbeiter aus urbanisierten Gebieten stammt. Betrachtet man aber als Herkunftsort nicht den Wohnort, sondern den Geburtsort, so vergrößert sich der Anteil der aus ländlichen Gebieten stammenden Migranten, da die aus den Städten ins Ausland wandernden Arbeiter teilweise zunächst von ihren Dörfern in diese Städte gewandert waren.
Die Vermittlung der Auswanderer an die Arbeitgeber der Aufnahmeländer geschieht durch das türkische Arbeitsamt. Allerdings haben oft auch die anstellenden Firmen einen nicht zu unterschätzenden Einfluß darauf, wer auswandern darf. Diese Firmen schicken im allgemeinen einen Arzt und einen Vertreter der Personalabteilung, von denen die Arbeiter je nach Gesundheitszustand und Alter ausgewählt werden.
Die Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte in den westlichen Industrieländern ist von den Interessen der Arbeitgeber bestimmt: die ausländischen Arbeiter werden gebraucht, um die Konkurrenz unter den Arbeitern zu verschärfen und die Position der einheimischen Arbeiter gegenüber den Arbeitgebern zu schwächen. Dies zeigt sich insbesondere in Zeiten der Rezession, in denen das Angebot an Arbeitsplätzen zurückgeht. Oft konnten, wenn Türken im Akkord beschäftigt waren, die

Akkordsätze erhöht werden, was den Türken bei den Arbeitgebern den Ruf verschaffte, besonders fleißig zu sein.
Ein anderer Grund für die Beschäftigung von ausländischen Arbeitern, insbesondere von Türken in den westeuropäischen Ländern sind die Interessen der Aufnahme- und Herkunftsländer hinsichtlich des Außenhandels. Um ihr gegenwärtiges wirtschaftliches Wachstum aufrechterhalten zu können, müssen die Industrieländer ihre Absatzmärkte gegenüber der Konkurrenz der neueren Exportländer, insbesondere gegenüber Japan, den sozialistischen Ländern und den industrialisierten Ländern der Dritten Welt verteidigen. Neben den Rationalisierungsmaßnahmen innerhalb der Produktion stellt die Verlangsamung des Wirtschaftswachstums eine wichtige Ursache der Arbeitslosigkeit in den westlichen Ländern dar. Die westlichen Industrieländer müssen zur Zeit insbesondere von Japan und den sozialistischen Ländern Märkteverluste hinnehmen. Die Möglichkeit, daß die Türkei den Import aus der Bundesrepublik einstellen würde, falls die türkischen Gastarbeiter einfach zurückgeschickt würden, könnte einen negativen Einfluß auf die wirtschaftliche Situation in der Bundesrepublik haben und damit auch zum weiteren Anstieg der Arbeitslosigkeit beitragen. Im allgemeinen fließt das von den ausländischen Arbeitern in den Aufnahmeländern verdiente Geld wieder in die Aufnahmeländer zurück, da dieses Geld weniger zur Kapitalbildung bzw. für Investitionszwecke für den Kauf von in den Industrieländern produzierten dauerhaften Konsumgütern genutzt wird, wodurch der Export der Aufnahmeländer gesteigert wird.
Insofern kann die Beschäftigung der ausländischen Arbeiter als ein Bestandteil der im Hinblick auf die Absatzprobleme durchgeführten Maßnahmen betrachtet werden. Auch innerhalb der Aufnahmeländer sind die ausländischen Arbeiter eine wichtige Käufergruppe, die die Waren, die sie gekauft haben, ausführen und dieselben Produkte von neuem kaufen. Zudem haben sie einen für die Aufnahmeländer günstigen Einfluß auf die Wirtschaftsbeziehungen zu den Herkunftsländern der Gastarbeiter. So ist zum Beispiel die Bundesrepublik inzwischen

das Land mit dem größten Anteil am türkischen Import.
Es ist kaum zu erwarten, daß den ausländischen Arbeitern in den westeuropäischen Industrieländern jemals die gleichen Rechte wie den einheimischen Arbeitern zustehen werden, da dem die Interessen der Arbeitgeber entgegenstehen. Solange einheimische Arbeitslose vorhanden sind, gäbe es keinen Grund für die Beschäftigung von in ihren Rechten den Einheimischen gleichgestellten ausländischen Arbeitern. Daher ist es wahrscheinlich, daß die ausländischen Arbeiter in dem Fall, daß sie sich organisieren und mehr Rechte beanspruchen, gezwungen werden, das Aufnahmeland zu verlassen.

Die Mehrheit der ausgewanderten türkischen Arbeiter lebt in der Bundesrepublik Deutschland und ihre Lage kann als typisch für alle türkischen Gastarbeiter in den Industrieländern Westeuropas betrachtet werden.
Unter den verschiedenen Gruppen der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden ausländischen Arbeiter können die türkischen Arbeiter als die benachteiligste Gruppe bezeichnet werden. Als Bürger eines Landes, das nicht Mitglied der Europäischen Gemeinschaft ist, sind sie von den den Angehörigen der Mitgliedsländer zustehenden Rechte ausgeschlossen.
Die ausländischen Arbeiter sind im allgemeinen in Bereichen beschäftigt, die ein unterdurchschnittliches Qualifikations- und Einkommensniveau aufweisen: in der Eisen- und Metallerzeugung, der Straßenreinigung und im Baugewerbe ist die Quote der Ausländerbeschäftigung relativ hoch. In den Bereichen, in denen viele ausländische Arbeiter tätig sind, trifft man meist schwere Arbeitsbedingungen an, zudem ist das mit den Arbeitsplätzen verbundene Prestige gering. Dagegen werden von den Einheimischen gewöhnlich Tätigkeiten mit höherem Prestige ausgeübt. Was die Höhe des Lohnes angeht, so verdienen die ausländischen Arbeiter im allgemeinen nicht weniger als die für die gleichen Tätigkeiten angestellten einheimischen Arbeiter.
Seit dem Beginn der Wirtschaftskrise haben sich die sozialen Probleme der türkischen Arbeiter noch zugespitzt. Der seit 1973 bestehende Anwerbestopp machte in den Herkunftsländern,

soweit diese nicht EG-Mitglieder sind, für viele Arbeitslose die oft einzige Hoffnung auf Arbeit zunichte. In den Industrieländern gewann ein Teil der Arbeitsplätze, an denen vorher viele ausländische Arbeiter beschäftigt waren, allmählich wieder bei den einheimischen Arbeitern an Interesse.

In den Betrieben verstärkten sich die Spannungen zwischen einheimischen und ausländischen Arbeitern. In zunehmendem Maße standen den ausländischen Arbeitern nur noch Arbeitsplätze mit äußerst schlechten Arbeitsbedingungen zur Verfügung, was viele dazu veranlaßte, vorzeitig in ihre Herkunftsländer zurückzukehren. Da für die türkischen Arbeiter die Möglichkeiten für eine berufliche Qualifizierung oder für eine Gewerbeausübung eingeschränkt sind, behielten diese gewöhnlich ihre meist schlechten Arbeitsplätze.
Die mit der Krise verbundenen Folgen lösten auch in der deutschen Bevölkerung Zurückhaltung und Distanz gegenüber den ausländischen Arbeitern aus. Dies traf besonders die türkischen Arbeiter, da diese aufgrund der schwerwiegenden wirtschaftlichen Probleme ihres Heimatlandes weniger als die anderen Gastarbeitergruppen dazu neigten, in ihre Heimat zurückzukehren. Die negative Haltung der deutschen Bevölkerung ist insbesondere unter den ausländischen Arbeitern selbst zu spüren. Sie sind beunruhigt über das ihnen entgegengebrachte ablehnende Verhalten und haben längst begriffen, daß der Begriff "Gastarbeiter" seit dem Einsetzen der Wirtschaftskrise keinen guten Ruf mehr hat. Neben der niedrigen beruflichen Position und der kulturellen Verschiedenartigkeit machen ihnen so die stärker werdenden Vorurteile das Leben in der Fremde schwer.
Auch von den auf eine Reduzierung der Ausländerbeschäftigung gerichteten Maßnahmen der Behörden wurden die türkischen Arbeiter als Bürger eines Nicht-EG-Landes in den letzten Jahren stark betroffen. Die Arbeitsaufnahme von Familienangehörigen wurde sehr erschwert. Ehegatten der Ausländer bekommen nur dann eine Arbeitserlaubnis, wenn sie vor dem 30.11.1974 in die Bundesrepublik eingereist sind, Kinder, wenn sie vor dem 30.12.1976 gekommen sind. Zudem ist auch die berufliche Pers-

pektive der Kinder, die arbeiten dürfen, äußerst schwierig, da sie innerhalb des deutschen Schulsystems benachteiligt sind und daher nur geringe schulische Voraussetzungen für eine berufliche Ausbildung mitbringen. Nur einem Drittel der Ausländerkinder gelingt es, den Hauptschulabschluß zu erwerben. Auch eine Aufenthaltserlaubnis zu erhalten, wird immer schwieriger und komplizierter. Insgesamt ist die Behandlung der türkischen Arbeiter durch die deutschen Behörden nicht eindeutig und steht auch oft nicht im Einklang mit den Interessen der Arbeitgeber. So machen die Behörden nicht nur den arbeitslosen Türken Schwierigkeiten, sondern auch denen, die einen Arbeitsplatz gefunden haben. Ablehnungen werden oft mit der Arbeitslosigkeit von Arbeitnehmern aus der Bundesrepublik Deutschland bzw. aus EG-Ländern begründet, auch wenn das Interesse dieser Arbeitnehmer an dem von dem türkischen Arbeiter gewünschten Arbeitsplatz gering ist. So kann es geschehen, daß Arbeitsplätze unbesetzt bleiben. Manchmal kommt es sogar dazu, daß Arbeitgeber zugunsten von ausländischen Arbeitskräften, an denen sie ein besonders starkes Interesse haben, Arbeitsplätze beschaffen und sich für eine Arbeitserlaubnis beim Arbeitsamt einsetzen.
Die für die türkischen Arbeiter in der Bundesrepublik bestehenden sozialen Probleme schlagen sich auch in den Rückkehrmotiven nieder. Außer dem direkten oder indirekten Zwang zum Verlassen des Aufnahmelandes oder dem Erreichen der gesetzten Sparziele lassen sich Anpassungschwierigkeiten, soziale Vorurteile und Diskriminierung, familiäre Probleme und Heimweh als Gründe für die Rückkehr der türkischen Arbeiter bezeichnen.
Die Lebensbedingungen der türkischen Arbeiter und ihrer Familien werden in den letzten Jahren immer schwieriger.
Anders als von der Regierung und den Behörden erwartet, zögern die auf die Reduktion der Ausländerbeschäftigung gerichteten Maßnahmen die Rückkehr der ausländischen Arbeiter noch hinaus, weil diese Maßnahmen die Auswirkung haben, daß die Arbeiter ihr Ziel, genügend Geld zu verdienen, schwerer erreichen. Diese neigen daher dazu, trotz der Schwierigkeiten in der Bundesrepublik zu bleiben, um so zumindest eine Arbeit

zu haben, was in der Türkei eventuell nicht der Fall wäre. Sofern die Sparziele nicht erreicht wurden, haben die türkischen Arbeiter kein Interesse, in ihre Heimat zurückzukehren.
Zwei Drittel der türkischen Arbeiter haben nämlich das Ziel, nach ihrer Rückkehr nicht als Arbeiter tätig zu werden, sondern eine selbständige gewerbliche Tätigkeit aufzunehmen. Manche Arbeiter haben auch vor, sich an genossenschaftlich organisierten größeren industriellen Unternehmen oder an Handelsfirmen zu beteiligen. Diese genossenschaftlichen Betriebe müssen mit den ausländischen Konzernen konkurrieren und haben Schwierigkeiten, sich diesen gegenüber zu behaupten.
Seit dem Beginn der Wirtschaftskrise im Jahre 1973 kehren die türkischen Arbeiter in größerem Umfang in ihre Heimat zurück. 1974 waren es bereits 30 000 Arbeiter, in den darauffolgenden Jahren setzte sich dieser Rückstrom fort (71).
Durch diese Rückwanderung wurde die Zahl der Türken in der Bundesrepublik nicht vermindert, da gleichzeitig die Zahl der Familienangehörigen der in der Bundesrepublik Deutschland beschäftigten Arbeiter wuchs. Nach dem Anwerbestopp glaubte man zunächst, die Zahl der in der Bundesrepublik lebenden Türken werde zurückgehen, so daß ihre Anwesenheit die Beschäftigungschancen der deutschen Arbeiter nicht beeinträchtigen würde. Dieser Rückgang vollzog sich jedoch langsamer als erwartet, wobei es durch die Zunahme von Familienangehörigen zu neuen Problemen kam, auch wenn diese Personen zum Teil nicht erwerbsfähig bzw. erwerbstätig sind.

Zum Schluß der Einleitung wollen wir die Ausführungen über die Arbeiterauswanderung aus den Entwicklungsländern am Beispiel der Türkei nochmals kurz zusammenfassen:
Die Anwesenheit türkischer Arbeiter in verschiedenen Ländern Westeuropas, in Australien und in Erdölländern wie Libyen kann als neue Völkerwanderung des 20. Jahrhunderts begriffen werden. Dieses Problem soll im Rahmen der Migrationssoziologie dargestellt werden.
Die Arbeiterwanderung aus der Türkei hat vor allem einen wirtschaftlichen Charakter. Seit der Gründung der Republik hat sich die Türkei nicht zu einem Industrieland entwickelt, das seiner Bevölkerung, deren Wachstum eines der höchsten der Welt ist, genügend Arbeitsplätze bieten könnte. Die Beschäftigungsmöglichkeiten innerhalb des landwirtschaftlichen Sektors reichen nicht aus, um die ständig zunehmende Arbeitslosigkeit zu beseitigen.
Die wirtschaftlichen Möglichkeiten sind in verschiedenen Ländern und Regionen der Welt in unterschiedlichem Umfang vorhanden und rufen daher eine ständige Migration zwischen diesen Ländern und Gebieten hervor.
Die gegenwärtige Arbeiterwanderung hängt mit dem historischen Prozeß der Industrialisierung der heute entwickelten Länder des Westens zusammen, bzw. mit der Nichtindustrialisierung der Entwicklungsländer. Die Arbeitsmöglichkeiten sind in den nichtindustrialisierten Ländern gering und das Wirtschaftswachstum in den hochindustrialisierten Ländern erfordert ein Arbeitskräftereservoir, aus dem sie billige und arbeitswillige Arbeitskräfte aufnehmen können, die insbesondere in Bereichen mit schwierigen Arbeitsbedingungen beschäftigt werden können und die sich den Interessen der Arbeitgeber im allgemeinen besser anpassen.

Die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen den Aufnahme- und Herkunftsländern bestimmen vorwiegend die Arbeiterwanderung. So bestimmen die wirtschaftlichen Interessen der Bundesrepublik und der Türkei die Wanderung der türkischen Arbeiter.

Kapitel I

Literaturüberblick über die Gesundheitssituation der ausländischen Arbeiter

Betrachtet man die gesundheitliche Situation der türkischen Gastarbeiter, wie sie in den vorhandenen Untersuchungen dargestellt wird, so sind dabei drei Gesichtspunkte zu beachten:

1. Bei der Anwerbung der für eine Beschäftigung in der Bundesrepublik vorgesehenen Arbeiter erfolgte eine Kontrolle des Gesundheitszustandes aufgrund ärztlicher Untersuchungen, die wie in den anderen Herkunftsländern der ausländischen Arbeiter auch in der Türkei von den Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit durchgeführt werden. Diese Auslese sollte gewährleisten, daß nur solche Personen angeworben werden, die den Arbeitsbedingungen der Bereiche, in denen ausländische Arbeiter häufig beschäftigt werden, möglichst gut gewachsen sind. So sollte die Altersstruktur der ausgewählten Bewerber eine hohe physische Belastbarkeit garantieren, das Durchschnittsalter sollte daher niedriger als das der deutschen Arbeiter sein. Außerdem wurden Personen mit ansteckenden und chronischen Krankheiten zurückgewiesen. Mit diesen Maßnahmen sollten die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß nur diejenigen Bewerber in die Bundesrepublik einreisen, deren Arbeitsfähigkeit nicht durch Krankheiten beeinträchtigt wird und bei denen wenig Fehlzeiten zu erwarten sind. Unter diesen Gesichtspunkten wurden die Personen, die sich für die Ausreise beworben hatten, gründlich untersucht. Nur diejenigen, die die geforderten Voraussetzungen erfüllten, wurden akzeptiert. Die wichtigsten Gründe für eine Ablehnung waren bei diesen Untersuchungen nachgewiesene Lungenveränderungen, pathologische Laborbefunde (Urin, blutserologischer Befund, Schäden an den Sinnesorganen, Störungen des Herz-Kreislaufsystems, Schäden am Stütz- und Bewegungsapparat, Schäden der Bauch- und Geschlechtsorgane, geschwächter Allgemeinzustand und Bindegewebsschwäche. Auch von den bereits nach Deutschland eingereisten ausländischen Arbeitern wurden manche aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig zurückgeschickt. Bei diesen Fällen

handelte es sich vorwiegend um psychische Erkrankungen, die vermutlich aufgrund der veränderten Lebensbedingungen aufgetreten waren (9).
1971 wurden von der Vermittlungsstelle in Istanbul 82 492 Arbeiter untersucht (darunter 23,8% Frauen), von denen 16 450 Arbeiter (16,9%) aus gesundheitlichen Gründen zurückgewiesen wurden. Im gleichen Jahr wurden in den Herkunftsländern der ausländischen Arbeiter insgesamt von 260 268 untersuchten Arbeitern (darunter 25,2% Frauen) 37 900 (14,6%) aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt.
"Unter den Ablehnungsgründen lagen damals mit 40,8% krankhafte Laborbefunde an der Spitze. Hier handelte es sich vor allem um starke Erhöhungen der Senkungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen und pathologische Urinbefunde. Mit 30,6% folgten krankhafte Röntgenbefunde der Lungen, mit 8,6% Schäden an den Sinnesorganen, darunter häufig Einäugigkeit, und mit 6,2% Störungen der Herz-Kreislauffunktion. Die anderen Ablehnungsgründe bewegten sich unterhalb der 5%. Rund 100 Frauen kamen aufgrund einer durch Tests nachgewiesenen Schwangerschaft für eine Arbeitnehmertätigkeit im Bundesgebiet nicht in Betracht" (9).

2. Ein weiterer Faktor der die Erkrankungsquote der ausländischen Arbeiter beeinflussen kann und daher bei einer Betrachtung ihrer Gesundheitssituation beachtet werden muß, ist die günstige Altersstruktur der ausländischen Arbeiter. So waren im Jahre 1972 90% der ausländischen Arbeiter weniger als 45 Jahre alt.

Tabelle: Altersgliederung der deutschen und ausländischen Arbeiter (3)

Alter	Deutsche (%)	Ausländer (%)
unter 25	17	16
25 - 34	25	43
35 - 44	24	29
über 45	34	11

Bei den Deutschen handelt es sich um abhängig Erwerbstätige,

d.h. für ihre Altersgliederung wurden die Zahlenwerte nach dem Mikrozensus von Ende April 1971 - abzüglich der Ende März 1972 beschäftigten ausländischen Arbeitnehmer - zugrundegelegt (9).

Die Altersstruktur der einzelnen Nationalitäten der ausländischen Arbeiter ist relativ verschiedenartig und weicht teilweise stark von der Altersstruktur der Gesamtheit der ausländischen Arbeiter ab.

So sind bei den Italienern sowohl die niedrigste als auch die höchste Altersgruppe weit überdurchschnittlich besetzt. Das Umgekehrte gilt für die in der Bundesrepublik beschäftigten Türken und Jugoslawen: nur wenige von ihnen sind 45 Jahre als und älter. Über 70% der ausländischen Arbeitnehmerinnen sind jünger als 35 Jahre. Von den türkischen Arbeitnehmerinnen befinden sich sogar 76% und von den Jugoslawinnen 78% in dieser Altersgruppe.

Bei den türkischen Arbeitern fällt der geringe Anteil der niedrigsten Altersgruppe auf (Türken 9%, ausländische Arbeiter insgesamt 16%). Dies hängt damit zusammen, daß die türkische Arbeitsverwaltung die Arbeiter nach dem Prinzip der Reihenfolge den deutschen Vermittlungsstellen zuweist, so daß die Arbeiter erst nach einer Wartezeit von mehreren Jahren nach Deutschland ausreisen können.

Tabelle: Die Altersgliederung der männlichen Gastarbeiter nach Nationalitäten (in %) im Jahre 1972 (9)

Nationalität	bis 25 Jahre	25-30	30-35	35-40	40-45	45 u. mehr	
Italiener	25	16	15	12	12	18	2
Griechen	8	19	23	24	14	11	1
Spanier	12	19	16	20	16	16	1
Portugiesen	4	18	27	22	16	12	1
Türken	9	21	33	22	10	4	1
Jugoslawen	17	26	21	17	11	7	1
übrige Ausl.	22	21	17	14	7	18	1
Insgesamt	16	21	22	18	11	11	1

Die jüngeren Alterklassen sind also bei den ausländischen Arbeitern stärker besetzt als bei den deutschen Arbeitern. Diese Verteilung hat sich nach dem Anwerbestopp von 1973 verändert. Mit dem Anwerbestopp wurde der weitere Zuzug von ausländischen Arbeitern unterbrochen, was zur Folge hatte, daß das Durchschnittsalter der in der Bundesrepublik lebenden Ausländer anstieg. Allerdings ist, auch nach unserer Überzeugung, das Durchschnittsalter der ausländischen Arbeiter immer noch weitaus niedriger als das der deutschen.

3. Das Krankheitsverständnis ist bei den einzelnen Gruppen der ausländischen Arbeiter so verschiedenartig, daß man auch das Verhalten gegenüber dem Arzt bzw. zur Krankheit nicht als einheitlich betrachten kann. Auch unterliegen die ausländischen Arbeiter in der Bundesrepublik unterschiedlichen rechtlichen und sozialen Bedingungen, was auch ihr Verhalten gegenüber ihrer Gesundheit und gegenüber Arztbesuchen beeinflußt. So sind z.B. die sogenannten illegalen Arbeiter, bei denen es sich gegenwärtig vor allem um Türken handelt, in einer besonderen Situation. Als illegal gelten Arbeiter aus Nicht-EG.Ländern, die als Touristen in die Bundesrepublik kommen und, um nicht ausgewiesen zu werden, ohne polizeiliche Anmeldung arbeiten. Die Gesundheit dieser Arbeiter erscheint in verschiedener Hinsicht gefährdeter als die der legalen ausländischen Arbeiter. Zum einen wurden diese Arbeiter nicht mittels des oben beschriebenen Auswahlverfahrens ausgewählt und also auch nicht auf ihre gesundheitliche Situation hin überprüft. Eventuell ist dadurch auch die Altersstruktur der illegalen Arbeiter nicht so günstig, wie die der offiziell Angeworbenen. Zudem sind die illegalen Arbeiter, die aufgrund ihrer ungünstigen rechtlichen Lage leicht auszunutzen sind, eher bereit, schlecht bezahlte und gesundheitsgefährdende Arbeiten anzunehmen.
Auch ist zu erwarten, daß es bei den einzelnen Nationalitäten der ausländischen Arbeiter unterschiedliches Krankheitsverständnis zu entsprechend unterschiedlichen Verhaltensweisen gegenüber Erkrankungen führt. So suchen manche Gastarbeitergruppen nur selten und oft nicht rechtzeitig den Arzt

auf. Diese unterschiedlichen Verhaltensweisen können die Erkrankungsquote beeinflussen.
Neben dem Krankheitsverständnis und der rechtlichen Lage der ausländischen Arbeiter können auch die mangelnden Sprachkenntnisse ein Grund dafür sein, daß der Arzt nur wenig aufgesucht wird. Besonders ungern gehen die ausländischen Arbeiter zu den Betriebsärzten, aus der Befürchtung heraus, daß der Arbeitsplatz bei der Erhebung eines negativen Befundes gefährdet würde.

Betrachtet man die statistischen Angaben zur gesundheitlichen Situation der ausländischen Arbeiter, so kann man zwei Phasen unterscheiden:

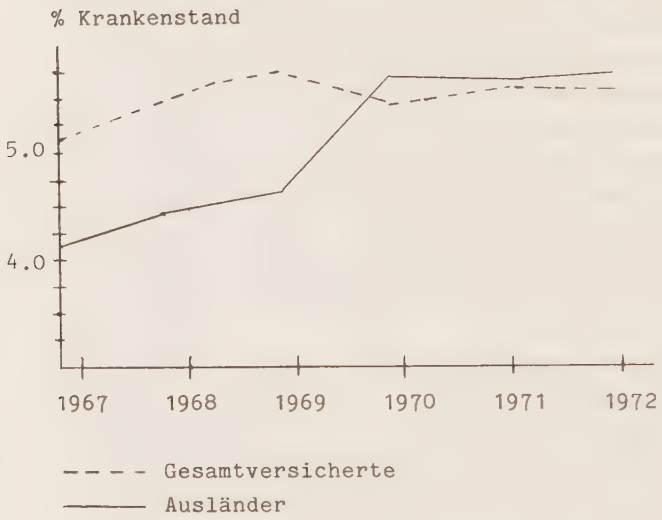
1. Bis zum Jahr 1970 lag die Morbiditätsrate der ausländischen Arbeiter niedriger als die der Gesamtversicherten in der Bundesrepublik. Es ist anzunehmen, daß dies auf den positiven Einfluß der mit der Anwerbung verbundenen Auswahl, also auf die günstige Altersstruktur und die Ablehnung kranker Bewerber zurückzuführen ist.

2. Ab 1970 kam es zu einer Zunahme bei den Erkrankungen ausländischer Arbeiter, so daß die Morbiditätsraten der ausländischen Arbeiter allmählich über die Gesamtversicherten stiegen.

Schmoll kam in einer seiner Untersuchungen, die den Zeitraum von 1969 bis 1972 umfaßt, zu dem Ergebnis, daß bis 1969 die Morbiditätsraten der ausländischen Arbeiter immer unter dem Durchschnitt der Gesamtversicherten blieben, jedoch ab 1969 auffällig anstiegen und seither über dem Durchschnitt der Gesamtversicherten liegen (57). Denkt man an die Alterstruktur der ausländischen Arbeiter, so ist zu erwarten, daß die Morbiditätsrate der ausländischen Arbeiter nach 1973 noch weiter angestiegen ist. Allerdings muß bei der Betrachtung der verwendeten Statistiken der Grad der Repräsentativität berücksichtigt werden, da der Krankenstand der ausländischen Arbeiter auch durch die Form der Krankmeldung und durch die Einstellung der ausländischen Arbeiter zu ihrer Erkrankung beeinflußt werden. Daher sind die den Untersuchungen von Schmoll

zugrundeliegenden Repräsentativstatistiken der deutschen Verbindungsstelle für ausländische Arbeiter mit Vorsicht heranzuziehen. Diese Statistiken über die Häufigkeit und die Ursachen der Erkrankungen ausländischer Arbeiter gehen nicht der Frage nach, ob die Krankheitsanfälligkeit des ausländischen Arbeiter während ihres Aufenthaltes in der Bundesrepublik höher ist als in ihrer Heimat und ob sie höher ist als die der deutschen Arbeiter. Dies auch aufgrund des verfügbaren statistischen Materials: zwar gibt es statistische Untersuchungen über die Morbiditätsraten der türkischen Bevölkerung, sie beziehen sich jedoch vorwiegend auf Infektionskrankheiten wie Cholera etc.
Ein weiteres Problem ist, daß für die verschiedenen Krankheiten die Erkrankungshäufigkeit bei den einzelnen Gastarbeitergruppen so verschieden ist, daß man nicht allgemein von Gastarbeiterkrankheiten sprechen kann. So sind z.B. bei den italienischen Arbeitern andere Krankheiten häufiger als bei den türkischen Arbeitern. Dies gilt in noch stärkerem Maße für ausländische Arbeiter aus Frankreich, England und aus Österreich (57). Die Anpassung an die Arbeitsbedingungen in der BRD ist für einen Industriearbeiter aus England oder Frankreich einfacher als für einen Arbeiter, der z.B. aus einem ländlichen Gebiet in der Türkei kommt. Daher wäre es sinnvoll, auch im Hinblick auf die Gesundheitssituation die je nach den sozioökonomischen bzw. soziokulturellen Bedingungen ihrer Herkunft verschiedenen Gastarbeitergruppen getrennt zu behandeln. So ist beispielsweise der Krankenstand der türkischen Arbeiter höher als bei den Gesamtversicherten, jedoch nicht höher als bei den italienischen Arbeitern. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die türkischen Arbeiter sich ungern krank melden.

Abb. 1: Krankenstand der Ausländer und Gesamtversicherten (%)



Das Diagramm zeigt, daß der Krankenstand der ausländischen Pflichtversicherten bis 1969 weit unter dem Krankenstand der Pflichtversicherten insgesamt lag, seit 1969 aber höher ist, als man aufgrund der Altersstruktur und der Auslesebedingungen erwarten könnte. Dieser Anstieg betrifft besonders die italienischen, spanischen, griechischen und türkischen Arbeiter, während die Jugoslawen und die Portugiesen eine niedrigere Anfälligkeit zeigen. Das Gleiche gilt auch für die Frauen der genannten Nationalitäten. Insgesamt gesehen ist die Krankenquote bei den Frauen höher als bei den Männern. Dieser Unterschied ist auch mit den Schwangerschaften der Arbeiterinnen zu erklären, da in den Statistiken der Schwangerschaftsurlaub als Arbeitsunfähigkeit mitberechnet wird.

In den angeführten Statistiken werden die sogenannten illegalen Arbeiter nicht aufgeführt, da die Statistiken der AOK sich nur auf die versicherten ausländischen Arbeiter beziehen. Die Zahl der Nicht-Versicherten liegt bei den einzelnen Nationalitäten sicher verschieden hoch, da die Erteilung

der Aufenthalts- bzw. Arbeitserlaubnis für Angehörige von EG-Ländern anders geregelt ist als für Arbeiter aus Nicht-EG-Ländern. Frießem ist der Auffassung, daß Ergebnisse wie die von Bingemer und seinen Mitarbeitern, die durch Befragungen erhoben wurden, bei denen die Meldung bei den deutschen Behörden nicht vorausgesetzt war, noch gültiger sind als Untersuchungen, die auf dem statistischen Material der AOK beruhen (22). Jedoch erscheinen auch die Ergebnisse, die vorwiegend über Befragungen zustande kamen, wegen einer oft unzureichenden Beachtung methodischer Grundsätze nicht immer zuverlässig.

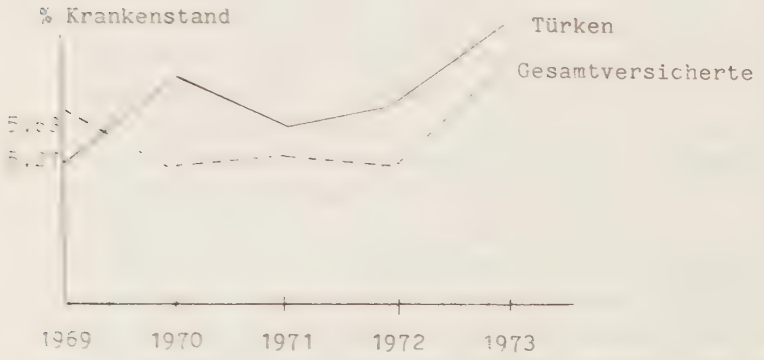
Die Bundesanstalt für Arbeit veröffentlicht jedes Jahr umfangreiche Informationen zur Gesundheitssituation der ausländischen Arbeiter. Wenn man diese Informationen bei der Betrachtung des Krankenstandes der ausländischen Arbeiter in der Bundesrepublik zugrundelegt, so kann man sehen, daß sich der Gesundheitszustand der türkischen Arbeiter negativ im Vergleich zu den Gesamtversicherten entwickelt.

Die Krankenquote der türkischen Arbeiter lag bis 1969 unter dem Durchschnitt der Gesamtversicherten. Im Verlauf des Jahres 1969 stieg der Krankenstand der türkischen Arbeiter über den Gesamtdurchschnitt. Die gesundheitliche Situation der türkischen Arbeiter hat sich also seit 1969 verschlechtert. Die günstige Altersstruktur und das Auswahlverfahren bei der Anwerbung scheinen die Krankenquote nicht mehr in dem Umfang wie vorher senken zu können. Zu berücksichtigen ist auch, daß der Anstieg des Krankenstandes bei den türkischen Arbeitern möglicherweise deren Einstellungschancen verschlechtert. Im Jahre 1969 war die Krankenquote der türkischen Arbeiter mit 5,27% noch niedriger als der Gesamtdurchschnitt von 5,63%. 1970 hatte sie mit 6,23% bereits die Krankenquote der Gesamtversicherten (5,34%) überstiegen. Auch in den Jahren darauf lagen die Quoten weiter über der Gesamtquote, so 1971 mit 5,59% zu 5,44%. Bei den italienischen Arbeitern ist diese Entwicklung noch negativer, während dagegen bei den Portugiesen eine Verminderung der Krankenquote zu verzeichnen ist. Auch bei den Jugoslawen ist der Krankenstand relativ günstig

(57).

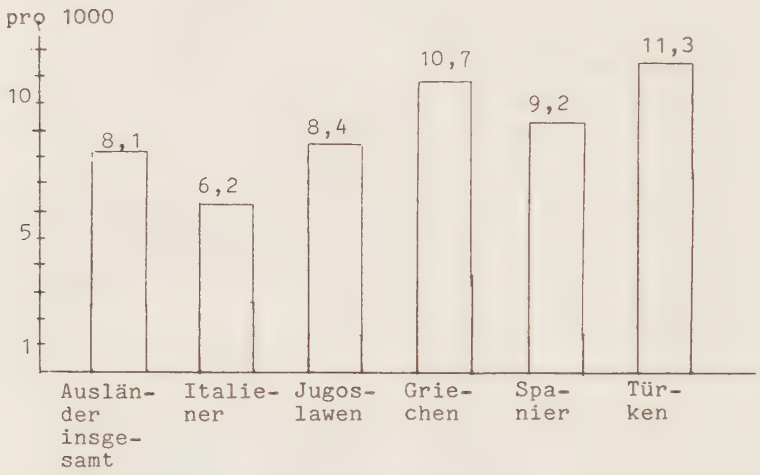
Wie schon erwähnt wurde, ist auch die Erkrankungshäufigkeit für einzelne Krankheiten bei den verschiedenen Gastarbeitergruppen unterschiedlich hoch, weshalb man auch nicht von Gastarbeiterkrankheiten allgemein, die sämtliche Nationalitäten der ausländischen Arbeiter betreffen, sprechen kann. Aufgrund der unterschiedlichen rechtlichen Voraussetzungen, unter denen Ausländer in der Bundesrepublik arbeiten (ausländische Arbeiter aus EG-Ländern benötigen keine Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis), sind die einzelnen Nationalitäten auch nicht gleichmäßig auf die verschiedenen Wirtschaftssektoren verteilt und daher auch unterschiedlich schweren Arbeitsbedingungen ausgesetzt. Türken sind vorwiegend in Gießereien, im Bauwesen usw. beschäftigt, während z.B. die Italiener mehr in Restaurants und Gaststätten arbeiten. Ebenso sind die berufliche Ausbildung und die Lebensgewohnheiten, die auch die Krankheitshäufigkeit beeinflussen können, sehr unterschiedlich bei den einzelnen Nationalitäten. Auch die Anpassungsprozesse sind, wie schon beschrieben, je nach dem Grad der kulturellen Distanz, die zwischen der Bundesrepublik und der Gesellschaft des Herkunftslandes besteht, äußerst verschieden.

Abb. 2: Krankenstand der Türken im Vergleich zu den Gesamtversicherten



Zu einzelnen bei ausländischen Arbeitern häufigen Krankheiten liegen Ergebnisse von Bingemer und seinen Mitarbeitern vor. Diese auf Befragungen beruhenden Ergebnisse stimmen im allgemeinen mit auf klinischen Untersuchungen basierenden Angaben überein. Bei den Befragungen wurden am häufigsten Erkältungskrankheiten genannt. Die anderen genannten Krankheiten haben oft einen psychogenen oder psychosomatischen Aspekt. So nannten bei den Befragungen 33% der Arbeiter Übelkeit, Magen- und Darmbeschwerden, 18% Kopfschmerzen und Kreislaufbeschwerden, 13% Traurigkeit und Bedrückung. 68% der Erkrankungen wurden als psychogen oder durch psychische Gründe mitbedingt bezeichnet (4).
Bei der Darstellung der Krankheiten der ausländischen Arbeiter in der Literatur werden die psychosomatischen Erkrankungen oft wegen der spezifischen Situation der ausländischen Arbeiter besonders herausgestellt. Tatsächlich liegt bei den ausländischen Arbeitern die Erkrankungsquote für psychosomatische Erkrankungen höher als der Durchschnitt der Erkrankungsquoten bestimmter anderer somatischer Krankheitsbereiche. Oft wird versucht, diese Erkrankungen im Zusammenhang mit der Migration bzw. dem Heimweh der Ausgewanderten zu erklären. Die Migration bringt die Arbeiter in eine widersprüchliche Lage: einerseits müssen sie versuchen, mit dem trotz aller Schwierigkeiten in der Bundesrepublik gesparten Geld die Voraussetzungen für eine Existenz in ihrer Heimat zu schaffen, andererseits müssen sie sich gegen die mit diesem Sparen verbundenen krankmachenden Belastungen schützen. Ebenso wie andere somatische Krankheiten treten auch die psychosomatischen Erkrankungen bei den einzelnen Nationalitäten in unterschiedlichem Umfang auf. Diese verschieden hohen Häufigkeiten sind ohne die Berücksichtigung der kulturellen Unterschiede bzw. des soziokulturellen Hintergrunds nicht zu erklären. Eine von Frießem durchgeführte Untersuchung zeigt folgende Verteilung psychiatrischer Erkrankungen bei den verschiedenen Nationalitäten der ausländischen Arbeiter.

Abb. 3: Inzidenzraten psychiatrischer Erkrankungen der ausländischen Arbeitergruppen 1963 bis 1970 pro 1000 (23)



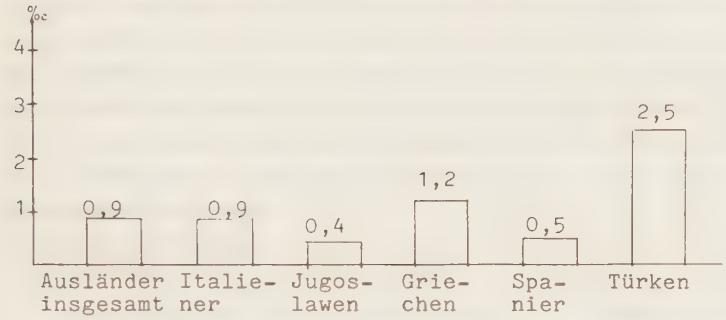
Wie aus der Abbildung zu ersehen ist, sind die Raten bei türkischen und griechischen Arbeitern auffällig höher als bei anderen Ausländern. Frießem erwähnt dabei höhere Raten neurotischer Störungen und abnormer Reaktionen bei den Türken, von Schizophrenie bei den Spaniern und von Alkoholismus bei den Jugoslawen.

Daß bei den Türken Alkoholismus nur in geringem Umfang auftritt, hängt mit ihrer religiösen Einstellung gegenüber dem Alkohol zusammen. Die türkischen Arbeiter sind größtenteils gläubige Moslems und halten weitgehend die religiösen Regeln ein. Auch kann das Bestreben, in möglichst kurzer Zeit möglichst viel Geld zu sparen und dadurch den künftigen Lebensstandard in der Türkei zu verbessern, das bei den türkischen Arbeitern besonders stark ausgeprägt ist, als Grund für eine zurückhaltende Einstellung gegenüber dem Alkohol betrachtet werden.

Wie die psychiatrischen Erkrankungen, so werden auch die psychosomatischen Störungen relativ häufig bei den türkischen Gastarbeitern beobachtet. Die entsprechenden Häufigkeiten liegen mit weitem Abstand über den Vergleichsraten der ande-

ren Gastarbeiternationalitäten.

Abb. 4: Inzidenzraten der psychosomatischen Erkrankungen bei den Gastarbeitern in der Bundesrepublik Deutschland pro 1000 (23)



Nach klinischen Beobachtungen von Frießem bilden die türkischen Gastarbeiter unter den in der Bundesrepublik lebenden Nationalitäten ausländischer Arbeiter die anfälligste Gruppe für psychosomatische Erkrankungen. Dies läßt sich unter anderem mit den kulturellen Voraussetzungen dieser Arbeitergruppe, die aus einer islamisch geprägten Agrargesellschaft stammt, und der Fremdartigkeit der Kultur des Aufnahmelandes erklären.
Von einem Arbeiter, der in Anatolien aufgewachsen ist, wird ein weit schwierigerer und andersartiger Anpassungsprozeß verlangt, als beispielsweise von einem jugoslawischen Gastarbeiter, der in der Nähe der österreichischen Grenze zu Hause und in gewissem Umfang mit der deutschen Kultur vertraut ist. Aus dem Blickwinkel des Aufnahmelandes gesehen, sind die Erziehungsstile und die sozialen Normen der Türken weitaus fremdartiger als die der anderen Gastarbeitergruppen, die aus christlich geprägten Gesellschaften kommen. So ist z.B. die Haltung der Türken dem Verzehr von Schweinefleisch gegenüber anders als bei Arbeitern aus einem christlichen Land. Die während des Fastenmonats Ramadan geltenden

Regeln werden im allgemeinen von dem moslemischen Gläubigen beachtet. Nach diesen Regeln darf tagsüber nicht gegessen und getrunken werden. Während des Fastenmonats werden also die Eßgewohnheiten verändert, außerdem kommt es bei Personen, die frühmorgens mit der Arbeit anfangen müssen, durch die zusätzlichen Gebetszeiten zu Schlafmangel.
Neben der besonders großen kulturellen Distanz zwischen der türkischen und der deutschen Gesellschaft spielt auch die geographische Entfernung zwischen Deutschland und der Türkei eine Rolle. Die Türkei ist von Deutschland weiter entfernt als die Länder der anderen Gastarbeitergruppen, daher ist es für die türkischen Gastarbeiter schwieriger, ihre Familien und ihre Verwandten zu besuchen. Besonders gilt das für türkische Arbeiter, deren Familien in abgelegenen Dörfern in Anatolien leben. Oft wird die Verbindung zwischen den Familienangehörigen für sehr lange Zeit unterbrochen, wodurch verschiedene persönlcihe, familiäre und soziale Probleme auftreten können. So wurde z.B. festgestellt, daß bei den türkischen Frauen, die ihre Kinder nicht bei sich haben, die Morbiditätsrate besonders hoch ist (37).
Verfolgt man die Literatur, die sich mit den Erkrankungen der ausländischen Arbeiter beschäftigt, so kann man feststellen, daß nach 1973 die Betrachtungsweise sich teilweise verändert und andere Gesichtspunkte in den Vordergrund treten. Dieser Wandel hängt auch mit realen Entwicklungen zusammen. Seit dem Einsetzen der wirtschaftlichen Krise in der Bundesrepublik Deutschland und der damit verbundenen Arbeitslosigkeit, insbesondere aber durch den Anwerbestopp 1973, hat sich die gesamte Situation der ausländischen Arbeiter verändert. Mit der Schrumpfung des Arbeitsmarktes wurden auch die Beschäftigungschancen der ausländischen Arbeiter vermindert, und die Unterbindung des weiteren Zuzugs ausländischer Arbeiter führte zur Einschränkung der beruflichen Freizügigkeit auch der schon in der Bundesrepublik lebenden Arbeiter, soweit sie nicht aus EG-Ländern stammen. Dies mag auch zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen der ausländischen Arbeiter und damit zu einer Zunahme der Arbeitsbelastung ge-

führt haben. Der Anwerbestopp hatte auch zur Folge, daß keine neuen, sozusagen noch unverbrauchten ausländischen Arbeitskräfte mehr in die Bundesrepublik kommen, die Gesamtheit der ausländischen Arbeiter ist also, wenn man die Jahre nach dem Anwerbestopp untersucht, immer schon jahrelang den Belastungen der Arbeitsbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland und auch den Belastungen der Migration ausgesetzt. Die Auswirkungen dieser Belastungen müssen daher, für die Gesamtheit der ausländischen Arbeiter gesehen, nach 1973 verstärkt auftreten. Zudem steigt das Durchschnittsalter der ausländischen Beschäftigten seit dem Anwerbestopp, auch wenn ihre Altersstruktur immer noch günstiger ist als die der deutschen Arbeiter.

Bei der Betrachtung der Gesundheitssituation der ausländischen Arbeiter können drei Aspekte unterschieden werden:

1. Die ärztlichen Voruntersuchungen in den Anwerbeländern,
2. die situationsbedingten Belastungen der Gastarbeiter und
3. die Gastarbeiter als Patienten in der ärztlichen Sprechstunde und im Krankenhaus (58). Die Veröffentlichungen in verschiedenen medizinischen Zeitungen und Zeitschriften befassen sich hauptsächlich mit dem ersten und dem dritten Aspekt. Diese Artikel basieren vorwiegend auf klinischen Befunden und behandeln relativ selten die psychosozialen Belastungen als Ursache verschiedener Erkrankungen. Für klinisch arbeitende Ärzte sind diese Aspekte aus zeitlichen Gründen, wegen der Schwierigkeiten der sprachlichen Verständigung, aber wohl auch aufgrund ihrer Orientierung nicht von großem Interesse. Tatsächlich stellen die sprachlichen Schwierigkeiten sowohl für die Seite der ausländischen Arbeiter wie für die Seite der Ärzte ein entscheidendes Hindernis dar. Nur wenn Patient und Arzt einander unmittelbar verstehen können, ist es möglich, aus der psychosomatischen Betrachtungsweise heraus die gesundheitliche Situation der ausländischen Arbeiter im einzelnen zu untersuchen. Abgesehen von den sprachlichen Schwierigkeiten ist es darüber hinaus schwierig für die deutschen Ärzte, die ausländischen Patienten so anzusprechen und zu untersuchen, wie diese es von der Kultur ihrer

Gesellschaft her erwarten.
Von den geschilderten Kommunikationsproblemen und der Orientierung der Untersuchungen an klinischen Befunden her ist es verständlich, daß die psychosomatische Betrachtungsweise bei der Beschäftigung mit den Erkrankungen ausländischer Arbeiter zunächst keine große Rolle spielte. Stattdessen wurde das Gastarbeiterproblem aus ärztlicher Sicht vorwiegend von der Seite der ansteckenden sogenannten Südländererkrankungen her betrachtet. Besorgt wiesen selbst Ärzte, die wissen, daß die ausländischen Arbeiter bereits vor der Ausreise ärztlich untersucht werden und nur gesunde Personen ausreisen können, immer wieder auf die Gefahr der südlichen Magen-Darm-Erkrankungen bzw. auf andere Darminfektionen bei ausländischen Arbeitern hin. Diese Tendenz spielte eine große Rolle, solange die Einwanderung ausländischer Arbeiter andauerte, und war auch auf dem 21. Deutschen Kongreß für die ärztliche Fortbildung vom Mai 1972 in Berlin, auf dem mehrere Referate über die gesundheitliche Situation der ausländischen Arbeiter in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und in der Schweiz gehalten wurden, zu spüren. Bei diesem Kongreß informierten Hoeschl, Nesswetha, Sedlaczek über die Literatur zur gesundheitlichen Situation der ausländischen Arbeiter und über ihre eigenen diesbezüglichen Erfahrungen und Untersuchungen. Insbesondere wurde das Thema der ansteckenden Gastarbeitererkrankungen behandelt (32). Die Tendenz zu dieser Betrachtungsweise ging erst nach dem Anwerbestopp 1973 zurück. Dies hängt teilweise damit zusammen, daß mit der Unterbindung des weiteren Zuzugs ausländischer Arbeiter die Gefahr der ansteckenden Krankheiten sich relativ verringert hatte, zum anderen könnte auch die oben beschriebene veränderte Situation der ausländischen Arbeiter nach dem Anwerbestopp einen Wandel der Betrachtungsweise notwendig gemacht haben.
Die meist neueren Untersuchungen der psychosomatischen Erkrankungen der ausländischen Arbeiter stellen verschiedene Faktoren heraus, die für die Erkrankung eine Rolle spielen können, so vor allem die mangelnden Sprachkenntnisse, verschiedene soziale und psychische Belastungssituationen und sozio-

kulturelle Faktoren.
Viele Autoren meinen übereinstimmend, daß Magen-Darm-Erkrankungen und vorwiegend das Zwölffingerdarmgeschwür insbesondere bei den ausländischen Arbeitern auftreten, die am wenigsten Deutsch können bzw. deren Sprache gar nicht verstanden wird. Im Vergleich zu anderen Gastarbeitergruppen können die türkischen Arbeiter weniger Deutsch und zeigen auch weniger Interesse dafür. Würde zwischen Sprachkenntnissen und Magen-Darm-Erkrankungen eine Korrelation bestehen, so müßten die türkischen Arbeiter am häufigsten an diesen Krankheiten leiden. Die Befunde von Friessem bestätigen diese Hypothese (23). Zedtwitz weist auf das geringere Auftreten des Zwölffingerdarmgeschwürs bei den Italienern, Franzosen und Spaniern hin, die, verglichen mit den anderen Gastarbeitergruppen, bessere Kommunikationsmöglichkeiten haben, weil die deutschen Ärzte sich in den Sprachen dieser Arbeitsgruppen besser verständigen können.
Bei den türkischen und griechischen Arbeitern trete das Zwölffingerdarmgeschwür deshalb am häufigsten auf, weil deren Sprachen von den deutschen Ärzten fast nie verstanden werden und weil sie die deutschen Ärzte kaum verstehen. Tatsächlich sind die ausländischen Arbeiter, die kein Deutsch können, wie stumme Menschen unter den Sprechenden. "Ein Türke, der nach Deutschland kommt, wird jäh in eine Umgebung versetzt, wo eine Äußerung ausgeschlossen ist. Der Dolmetscher, der gerade ausreicht, um ihm Arbeit zuzuweisen, ist nicht der rechte Partner, demgegenüber er seine Affekte äußern kann"(77). Zedtwitz sieht das Auftreten von Ulkus duodeni durch eine Aggressionshemmung auf oraler Ebene bedingt. Seiner Meinung nach können diese Aggressionshemmungen bzw. die Ulcera duodeni dadurch vermindert oder beseitigt werden, daß die ausländischen Arbeiter die Sprache des Landes lernen, in dem sie arbeiten. Die Sprache ist ein Mittel, Aggressionen zu äußern und damit zu beseitigen. Der moderne Mensch kann nicht wie ein Kannibale seinen Gegner essen, um sich von seinen gehemmten Aggressionsgefühlen zu befreien; für ihn besteht in schwierigen Situationen die Möglichkeit, daß er sich mittels

der Sprache beklagt, überzeugt oder auch schimpft. Auch Weinen hat die Funktion, sich zu beruhigen oder störende Hemmungen aufzulösen. Bei den ausländischen Arbeitern liegt oft eine nicht beseitigte Aggressionshemmung vor, was zur Folge hat, daß die Aggression sich nicht nach außen, sondern auf die Person selbst richtet. Wie bei der psychoanalytischen Behandlung hat die Sprache auch im alltäglichen Leben eine wichtige Funktion für die seelische Hygiene, die sich nicht nur in der Kommunikation zwischen den Menschen erschöpft.

Die Autoren, die die Auswirkung sozialer und psychischer Belastungssituationen auf das Auftreten von psychosomatischen Gastarbeitererkrankungen behandeln, beschäftigen sich mit ziemlich verschiedenartigen Faktoren.
Schwarz weist auf den Ablauf der Auswanderung und der Reise ins Aufnahmeland sowie auf die Ernährungsgewohnheiten der ausländischen Arbeiter hin. So wurden nach der Reise bei den Jugoslawen Atemwegstörungen, bei den Italienern und Spaniern Mandel- und Mastdarmentzündungen, bei den Türken und Marokkanern Magen- und Darmerkrankungen in auffallender Häufigkeit festgestellt (61). Allerdings könnten für die Magen-Darmerkrankungen bei den Türken und Marokkanern auch andere Ursachen in Frage kommen; so wäre bei diesen Gruppen an die während des Fastenmonats Ramadan eingehaltenen Regeln zu denken.
Auch für die Zeit der Eingewöhnung nach der Auswanderung werden spezifische Erkrankungen genannt. Zwar vermindert sich der durch die plötzliche Lebensveränderung und die Trennung von der Heimat und den Familienangehörigen ausgelöste Eingewöhnungsstreß in den ersten Monaten des Aufenthaltes, da die ausländischen Arbeiter meist in relativ geschlossenen Stadtteilen nahe beieinander wohnen, so daß sie, wenn auch von der deutschen Gesellschaft sprachlich und sozial isoliert, doch untereinander diese Isolation ein Stück weit aufheben. Jedoch kommt es kaum zu einer sprachlichen und sozialen Integration mit der deutschen Gesellschaft. Die große soziokulturelle Distanz zwischen Herkunfts- und Aufnah-

meland schließt eine vollständige Integration aus. Die ausländischen Arbeiter werden daher, sofern sie nicht untereinander eine Gemeinschaft bilden, von vornherein in eine Vereinsamung getrieben. Durch die soziale Isolation wird die Sehnsucht nach der Heimat und dem Leben der Vergangenheit verstärkt, was mit psychischen und somatischen Erkrankungen verbunden sein kann. Besonders Zwingmann betont die Sehnsucht nach der Heimat als Krankheitsfaktor (80).
Scholz weist auf die situationsbedingten Belastungen der ausländischen Arbeiter hin, die häufig zu einer Resistenzverminderung mit erhöhter Anfälligkeit gegenüber banalen Infektionskrankheiten des Respirations- und Verdauungstraktes führen. Weiter führt der Autor aus, daß es zwischen der Aufenthaltsdauer und den psychosomatischen Erkrankungen einen Zusammenhang gibt: " Im ersten Jahr stehen stürmische vegetative Reaktionen meist in Form massiver Kreislaufstörungen im Vordergrund, im zweiten Jahr überwiegend Magen-Darmkrankheiten, am häufigsten Zwölffingerdarmgeschwüre" (58).

Nach Scholz kann das mit der Länge des Aufenthalts in Deutschland zunehmende Heimweh als eine wichtige Ursache der psychosomatischen Störungen der ausländischen Arbeiter betrachtet werden. Daher bezeichnet er die Länge der Aufenthaltsdauer als ein wichtiges Merkmal für das Auftreten solcher Erkrankungen. Je länger nämlich die Aufenthaltsdauer ist, desto wahrscheinlicher sei es, daß psychosomatische Erkrankungen auftreten. Scholz betont weiter, daß vor allem Kreislaufstörungen, Magengeschwüre und Muskelverspannungen auf ein psychosomatisches Überforderungssyndrom zurückzuführen sind und die einzelnen Erkrankungen eine typische Abhängigkeit von der Dauer des Aufenthalts zeigen. Auf der Basis nervöser Disfunktionen würden sich nach ein bis zwei Jahren relativ häufig echte Gastritiden und Ulcera entwickeln (58).

Im Hinblick auf die Belastungssituationen, denen die ausländischen Arbeiter generell in der Zeit ihres Aufenthaltes im Aufnahmeland ausgesetzt sind, wird auf verschiedene Momente hingewiesen.

Manche Autoren bezeichnen es als wichtige Belastungssituation, daß die ausländischen Arbeiter oft an Arbeitsplätzen mit relativ hoher Unfallgefahr beschäftigt werden. Diese Gefahr wird von den ausländischen Arbeitern allerdings nur ungenügend wahrgenommen, da sie im allgemeinen in ihren Heimatländern sowieso keine günstigeren Arbeitsplätze finden können. Daher erscheint es ihnen normal, dieses Risiko eingehen zu müssen. 1969 lag die Unfallquote der ausländischen Arbeiter bei 222 pro Tausend, während sie bei den deutschen Arbeitern 88 betrug (50). Diese Relation wäre bestimmt anders, wenn die Gastarbeiter auch die als unwichtig empfundenen Unfälle gemeldet hätten. Jedoch waren die Unfallquoten bei den ausländischen Arbeitern und bei den deutschen Arbeitern, die die gleiche Arbeit machten, etwa gleich hoch. Dies zeigt, daß die hohe Unfallquote bei den ausländischen Arbeitern nicht direkt mit den spezifischen Schwierigkeiten des Ausländerseins verbunden sind, sondern vom Unfallrisiko des Arbeitsplatzes abhängt. Während der Eingewöhnungszeit kann sowohl bei den ausländischen Arbeitern als auch bei den deutschen Arbeitern die Unfallquote höher sein als im Durchschnitt. Auch extreme Müdigkeit bzw. der Schwierigkeitsgrad der Arbeit, die ständige Konzentration am Arbeitsplatz und andere äußere Belastungen können als Ursachen der höheren Unfallwahrscheinlichkeit für die ausländischen Arbeiter betrachtet werden. Dies sind Bedingungen, die nicht nur für die höhere Unfallwahrscheinlichkeit sondern generell als Ursache für die Anfälligkeit für verschiedene Erkrankungen anzusehen sind. So wird angenommen, daß es einen Zusammenhang zwischen den bei schwierigen Arbeitsbedingungen auftretenden Belastungen und der Anfälligkeit für psychosomatische Erkrankungen gibt (22).

Riedesser bezeichnet den bei der Arbeit herrschenden Zeitdruck und die Befristung der Arbeitserlaubnis im Aufnahmeland als wichtige Faktoren für das Auftreten verschiedener Erkrankungen: "Der Arbeiter auf Zeit ist auch ein Patient auf Zeit... Empfindliche Störfaktoren bei der Versorgung psychisch erkrankter ausländischer Arbeiter sind die diskri-

minierenden Bestimmungen im Ausländergesetz"(55).
Als wesentliche Ursache für psychosomatische Erkrankungen ausländischer Arbeiter werden auch die Schwierigkeiten bei der Anpassung an die sich in einem ständigen Wandel befindlichen Normen der Industriegesellschaft angesehen. Dabei wird die Gesellschaft als sozialer Körper betrachtet, und im Rahmen dieser Auffassung wird versucht, die gesundheitliche Situation der ausländischen Arbeiter zu erklären (4).
Die Anpassungsschwierigkeiten der ausländischen Arbeiter werden auch von Nesswetha im Hinblick auf die Ätiologie der als psychosomatisch bezeichneten Erkrankungen behandelt. Nesswetha weist auf die Bedeutung der Freizeit hin und betrachtet die in der Arbeitssituation bestehenden Belastungen als unwichtiger. Angst vor Isolierung, die extreme Ausprägung nostalgischer Reaktionen, übertriebenes Sparverhalten und die damit zusammenhängende Unterernährung seien als Ursache von Magen-Darmerkrankungen nicht auszuschließen (45).
Neben den Anpassungsschwierigkeiten wird auch die Einstellung der Gesellschaft des Aufnahmelandes gegenüber den ausländischen Arbeitern und die Auswirkungen dieser Einstellung auf deren seelische Situation bzw. Gesundheit thematisiert. Mehrere Autoren sind der Meinung, daß die ausländischen Arbeiter sich besser als erwartet an die ihnen fremdartige Umwelt angepaßt haben. Jedoch sollte diese Anpassung im Hinblick auf die gesundheitliche Situation nicht überbewertet werden, falls die Anpassungszeit nur kurz ist. Nach längerer Zeit vorgenommene Untersuchungen können andere Ergebnisse zeigen.
Frey und seine Mitarbeiter sehen in der neben materiellen Benachteiligungen vorhandenen sozialen und psychischen Diskriminierung eine Ursache der psychosomatischen Erkrankungen bei ausländischen Arbeitern. "Viele leben von der Familie und der gewohnten Lebenssituation getrennt. Die Freizeitsituation ist ihnen nicht vertraut. Dadurch steigen Unsicherheit und Zahl psychosomatischer und neurotischer Störungen." Die Autoren weisen darauf hin, daß unterschiedliche kulturelle Voraussetzungen, die in Kleidung, Mentalität und Religion

sichtbar werden, auf beiden Seiten Vorurteile entstehen lassen, und der Prozeß der Anpassung an die neuen Lebensbedingungen durch die für die ausländischen Arbeiter spürbare Isolierung und Diskriminierung erschwert wird. Die ausländischen Arbeiter befänden sich in der Bundesrepublik Deutschland in einer Marginalposition. Folge davon sei, daß die ausländischen Arbeiter versuchen, sich an ihre eigenen Landsleute anzuschließen (19).

In ähnlicher Weise wird in den aus psychiatrischer Sicht vorgenommenen Untersuchungen von Frießem das Moment der Isolation in den Mittelpunkt der Argumentation gestellt. Seiner Meinung nach sind die psychiatrischen Krankheiten durch die Migration und ihre Folgen bedingt, wobei besonders die sprachliche und soziale Isolation als gewichtige Faktoren für die psychischen und die als psychosomatisch bezeichneten Erkrankungen betrachtet werden sollten (23). Die Auffälligkeit für solche Erkrankungen werde weiter durch die Vorurteile der aufnehmenden Gesellschaft verstärkt. Frießem verweist darauf, daß generell Migranten anfälliger für Krankheiten sind als die einheimische Bevölkerung, eine Erscheinung, die auch die medizinische Forschung anregte, sozio-kulturelle Faktoren sowie politische, wirtschaftliche und demographische Erscheinungsformen bei der Untersuchung der Gesundheitssituation zu berücksichtigen. In diesem Rahmen betrachtet Frießem auch die ausländischen Arbeiter als Auswanderer, deren Krankheitsanfälligkeit höher ist als die der einheimischen Bevölkerung (8).

Expliziter als in den bisher referierten Untersuchungen werden die sozio-kulturellen Faktoren in ihrer Auswirkung für das Auftreten psychosomatischer Erkrankungen bei Gastarbeitern erst seit 1960 zum Untersuchungsgegenstand gemacht (12, 22, 23). Nach Collatz und Schmoll z.B. ist das Gesundheits - und Krankheitsverhalten in jeder Kultur spezifisch, die Erscheinungsformen derselben Krankheit und der Krankheitswert derselben Symptome können daher in verschiedenen Kulturen völlig unterschiedlich sein. Auch die Häufigkeit des Auftretens kulturspezifischer Krankheitserscheinungen könne vom Wechsel der Kultur oder der kulturellen Bedingungen abhängen. So

zwinge auch der soziale Wandel die Menschen dazu, ihr Gesundheitsverhalten an neue veränderte kulturspezifische Bedingungen anzupassen. Der Kranke sei noch weitgehender als der Gesunde von seiner Kultur und seiner gesellschaftlichen Umwelt abhängig (12).
Bei der Betrachtung der Erkrankung müsse der Arzt die sozialen, psychischen und kulturellen Implikationen des Krankseins abschätzen können. Soziale Implikationen des Krankseins seien vorwiegend Angewiesenheit auf die Familie, die soziale Gruppe; psychische Implikationen häufig Furcht, Ratlosigkeit, Angst, Scham; kulturelle Implikationen die Fixierung an bestimmte Krankheitserwartungen und überlieferte Krankheitsvorstellungen und damit an bestimmte Heilverfahren und traditionelle Heilkundige. Der behandelnde Arzt dürfe die sich ihm als krank darstellenden ausländischen Arbeiter und ihre Krankheits- und Gesundheitsmuster nicht an den Kriterien messen, die bei deutschen Patienten anzulegen sind. So müsse auch die Ätiologie der Krankheiten bei ausländischen Arbeitern anders betrachtet werden als bei Deutschen, weil die Situation der ausländischen Arbeiter ganz spezifische Voraussetzungen habe. "Die Arbeitsplatzunsicherheit des ausländischen Arbeitnehmers ist besonders groß. Die Bedrohung des Arbeitsplatzes, die Konkurrenzangst ist als pathogenetischer Faktor bekannt. Er trägt in Verbindung mit dem Isolations- und Entwurzelungsproblem sicher zu einem gegenüber dem deutschen Arbeitnehmer erhöhten und differenzierteren Krankheitsrisiko bei" (12).
Zabalegui stellte einen Katalog der ausländischen Arbeiter belastenden Faktoren zusammen, der auch berücksichtigt, daß die ausländischen Arbeiter verschiedenen Nationen angehören, aus verschiedenen Kulturen stammen und daher unterschiedliche Persönlichkeitsstrukturen und Normen haben. Deshalb seien auch ihre Reaktionen auf Reize unterschiedlich. Die türkischen Arbeiter seien besonders stark von der Welt ihrer Väter abhängig.
Zabalegui faßt die für ausländische Arbeiter bestehenden Belastungssituationen in den folgenden 10 Merkmalen zusammen:

Verpflanzung aus den gewohnten Traditionen, Mangel an Kommunikation, finanzielle Schwierigkeiten, Diskriminierung, starke Abhängigkeit von den Arbeitgebern, niedrige gesellschaftliche Position bzw. sozialer Druck, Trennung von der Familie, ungewöhnlich rasch ablaufende Veränderung von Wertmaßstäben, die ungünstige Wohnsituation, Konflikte wegen der Situation der Kinder. Die Probleme der ausländischen Arbeiter gehen, so der Autor, noch über die unter diesen Merkmalen zusammengefaßten Schwierigkeiten hinaus. So sei das Leben der ausländischen Arbeiter auf einen engen sozialen Kreis beschränkt und die sozialen Beziehungen mit der Umwelt auf ein Minimum reduziert, eine Situation, die vor allem Persönlichkeitsstörungen zur Folge haben könne. Im Aufnahmeland bleibe den von ihrer Heimat, ihrer Gesellschaft und ihrer Familie abgeschnittenen Arbeitern nur Positionen in der untersten Schicht.
Auch die mit der Aufenthaltserlaubnis zusammenhängenden Schwierigkeiten stellen, so der Autor, ein wichtiges Problem dar, insofern andere bestimmen, wo und wie lange die ausländischen Arbeiter leben dürfen. Die Trennung der ausländischen Arbeiter von ihren Familien sei sowohl für ihre Ehe als auch für ihr psychisches Gleichgewicht eine Gefahr. Die ausländischen Arbeiter seien für eine neue Anpassung schon relativ alt und müßten sich trotzdem an eine ihnen fremdartige Gesellschaft anpassen. Die Schwierigkeiten dieses Anpassungsprozesses führten dazu, daß ihr Leben in beunruhigenden Schwankungen zwischen der Vergangenheit und der Gegenwart verläuft und sie ständig einer gespannten Situation ausgesetzt sind. Unter diesen Belastungen komme es zu einem häufigen Auftreten von Magen-, Darm-, Herz- und Lungenerkrankungen.

Wenn wir die bisherigen Überlegungen zur Gesundheitssituation der Gastarbeiter kurz zusammenfassen wollen, so können wir feststellen, daß bestimmte Faktoren, wie das Anwerbeverfahren der Bundesanstalt für Arbeit, die Altersstruktur und das Krankheitsverständnis der Gastarbeiter die Gesundheitsstatistiken beeinflußt haben, sodaß die durchschnittlichen Morbiditätsraten der Türken zumindest bis 1969 unter den Durchschnittswerten der deutschen Bevölkerung blieben. Ab 1969 jedoch nehmen die Erkrankungen der Gastarbeiter auffällig zu und übersteigen die Durchschnittszahlen der westdeutschen Gesamtbevölkerung. Dies kann mit der Veränderung der oben aufgeführten Faktoren oder auch mit krankheitsfördernden Lebens- und Arbeitsbedingungen der Gastarbeiter in der Bundesrepublik Deutschland erklärt werden, die sich erst langfristig auswirken konnten.
Dabei ist auch bemerkenswert, daß die Entwicklung der Morbiditätszahlen bei verschiedenen Gastarbeiternationalitäten Besonderheiten zeigen, wie z.B. hohes Auftreten psychosomatischer Erkrankungen bei Türken und Erkrankungen als Folge von Alkoholkonsum bei Jugoslawen.
Die Untersuchungen im Hinblick auf die Gesundheitssituation der Gastarbeiter orientierten sich in den sechziger Jahren eher auf die ansteckenden Krankheiten wie Darminfektionen (z.B. Cholera). In den neueren Untersuchungen werden auch andere Faktoren wie psychische und psychosomatische Krankheiten und damit zusammenhängende Faktoren wie mangelnde Sprachkenntnisse, sozio-kulturelle Unterschiede, Arbeitsbelastungen, soziale Diskriminierung usw. zum Thema gemacht.

Zur Frage möglicher Bedingungsfaktoren von psychosomatischen Krankheiten gerade bei Gastarbeitern wurden die unterschiedlichsten Aussagen verschiedener Autoren wie: Aggressionshemmung, der Ablauf der Auswanderung, Ernährungsgewohnheiten, Eingewöhnungsprobleme und Isolation, Aufenthaltsdauer, Unfallgefahr bzw. Arbeitsbedingungen, Freizeitprobleme, Vorurteile, Sehnsucht nach der Heimat usw. in unserem Überblick berücksichtigt.

Damit wurde die Literatur zur allgemeinen Gesundheitssituation der Gastarbeiter kurz zusammengefaßt.
Im folgenden Kapitel sollen verschiedene Ulkustheorien dargestellt werden. Dabei werden wir auf die medizin-soziologische Erklärungsweise wegen ihres multikausalen Charakters besonders ausführlich eingehen. Denn die psychosomatischen Erkrankungen der Gastarbeiter können nur im Rahmen einer multikausalen Betrachtungsweise erklärt werden.
Dies bedeutet allerdings nicht, daß diese Arbeit eine allgemeingültige Theorie des Ulkus entwickeln wird. Es sollen lediglich Hinweise für eine solche Theorie gebracht werden, die bisher unzureichend untersucht worden sind.
Bevor wir die Zusammenhänge zwischen angenommenen chronischen Belastungssituationen bzw. außergewöhnlichen Ereignissen und Ulkuserkrankung darstellen werden, scheint es sinnvoll zu sein, die verbindenden Theoriestücke und Aussagen anderer Nachbardisziplinen zum Problem darzustellen, damit unser eigener Denkansatz deutlich werden kann. Dieser besteht darin, die Konstellationen verschiedener Risikofaktoren bei Ulkuserkrankung und ihre relative Bedeutung zu kennzeichnen.
Damit wird deutlich, daß wir in der Tradition bisheriger Forschungen arbeiten, auf deren Fundament wir später die Ergebnisse unserer eigenen Untersuchung bewerten wollen.

Kapitel II

Sozialmedizinische und medizinsoziologische Aspekte von Ulkus

2.1. Sozialmedizin und Medizinsoziologie

Der soziale Sinn bzw. die sozialen Aspekte von Krankheit werden von verschiedenen Disziplinen und Institutionen der Medizin im Rahmen ihrer Tätigkeitsfelder behandelt. Der Begriff des Sozialen wird jedoch von diesen Fachgebieten und Institutionen in unterschiedlicher Bedeutung verwendet. In der Öffentlichkeit, in der die Tätigkeitsbereiche der Sozialmedizin und der medizinischen Soziologie nur ungenügend bekannt sind, werden oft beide Fächer verwechselt oder zumindest als benachbart betrachtet. Befaßt man sich mit der Entwicklung der beiden Fachgebiete, so erscheint diese Verwechslung nicht zufällig, da beide Fächer in den Anfangsphasen ihrer Entwicklung ähnliche Ziele hatten. Heutzutage müssen diese beiden Fächer aber aufgrund ihrer unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche voneinander unterschieden werden.

Pflanz bezeichnet die unterschiedliche Fassung des Begriffs des Sozialen als die wesentliche Differenz zwischen der Sozialmedizin und der medizinischen Soziologie. In der Sozialmedizin wird der Begriff des Sozialen relativ eng gefaßt, unter diesem Begriff werden Fürsorgetätigkeiten für Kranke mit bestimmten chronischen Beschwerden, Probleme des Krankenversicherungswesens, Begutachtungsfragen, gesundheitspolitische Aufgaben des Staates usw. verstanden. In der medizinischen Soziologie dagegen umfaßt der gleiche Begriff die wissenschaftliche Betrachtung der gesamten zwischenmenschlichen Beziehungen und Strukturformen. Zwar schließt der Begriff des Sozialen, wie er in der Medizinsoziologie gebraucht wird, auch das ein, was in der Sozialmedizin unter diesem Begriff verstanden wird, jedoch haben die beiden Fachgebiete unterschiedliche theoretische Ausgangspunkte. Die medizinische Soziologie kann die wissenschaftlichen Grundlagen erarbeiten, auf denen die praktische Tätigkeit der Sozialmedizin aufbauen kann (52).

Trotz dieser grundlegenden Unterschiede kommt es oft zu

Überschneidungen von Gebieten der Sozialmedizin und der medizinischen Soziologie. Die beiden Fächer ergänzen sich jedoch auch: so könnte die Sozialmedizin ohne die soziologische Betrachtungs- und Arbeitsweise ihre gesundheitspolitischen Aufgaben nicht sinnvoll erfüllen.
Seitdem die soziologische Denkweise in die Bereiche verschiedener medizinischer Institutionen eingedrungen ist, scheinen auch im Bereich der Sozialmedizin die soziologischen Grundlagen unerläßlich für die an praktischen Tätigkeiten orientierten Arbeiten zu sein.
Bei Siegrist wird die Schwierigkeit deutlich, die Sozialmedizin und die Medizinsoziologie deutlich voneinander abzugrenzen, da die Sozialmedizin sich mit der Arbeitsmedizin, der Präventivmedizin, der Epidemiologie usw. verbunden hat und daher einen relativ interdisziplinären Charakter gewonnen hat. Für die Zukunft kann eine enge Kooperation zwischen Sozialmedizin und Medizinsoziologie erwartet werden (64).

2.2. Psychosomatik und Medizinsoziologie

Unter "Psychosomatik" wird im allgemeinen eine Medizin verstanden, die sich mit den psychischen bzw. sozialen Ursachen, Bedingungen und Folgen der Erkrankungen befaßt. Ziel der psychosomatischen Medizin ist, daß die als psychosomatisch bezeichneten Erkrankungen in allen Institutionen der Medizin unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse der Psychosomatik behandelt werden.
Als Gegenstand der psychosomatischen Forschung kann die Erkrankung des Individuums im Zusammenhang mit seiner psychischen Entwicklung verstanden werden (73). Dabei benutzt die Psychosomatik, um die Ergebnisse ihrer Forschungen überprüfbar zu machen, nicht selten Methoden, die in der Psychologie bzw. Soziologie verwendet werden. Die Medizinsoziologie kann insbesondere durch ihre Quantifizierungsmethoden zur psychosomatischen Forschung beitragen (52).
Im Verlauf der Entwicklung der psychosomatischen Medizin wurden auch krankheitsauslösende Faktoren sozialer Art behandelt, wobei die Psychosomatik diese sozialen Faktoren als "psychisch" bezeichnete. Der Begriff "psychosomatisch" beinhaltet seinem Umfang nach also auch den Begriff "soziosomatisch". In dieser Hinsicht wird die Entstehung der psychosomatischen Erkrankung als eine Art "Gesellschaft-Körper-Interaktion" betrachtet (52).
Die Psychosomatik betrachtet wie die Soziologie das Individuum im Zusammenhang mit seinen gesellschaftlichen Voraussetzungen, macht aber die psychische Seite des Individuums zu ihrem Schwerpunkt. Die Gegenstände und Forschungsbereiche von Medizinsoziologie und Psychosomatik überschneiden und ergänzen sich daher oft. Die Medizinsoiologie trägt durch ihre quantitativen Ergebnisse zur Forschung der Psychosomatik bei, und umgekehrt die Psychosomatik durch ihre Aussagen über die psychischen Voraussetzungen der Individuen zum Bereich der Medizinsoziologie.
Im folgenden soll deutlich gemacht werden, wie sich die

psychosomatische Betrachtungsweise entwickelte und wie sie mit der medizinsoziologischen Arbeitsweise verbunden ist.

Das psychosomatische Krankheitsverständnis ist sehr alt, als Begriff der heutigen Medizin wurde der Begriff Psychosomatik jedoch erst um 1818 von I.C. Heinroth verwendet. Später aktualisierte F. Deutsch diesen Begriff (18).
Die Entwicklung der psychosomatischen Medizin ermöglichte auch die Veränderung und Entwicklung der Behandlungsauffassungen. Selbst eine freundliche Anrede durch den Arzt kann heutzutage als ein wichtiger Bestandteil der Behandlung angesehen werden (18).
Wenn die Psychosomatik auch als eine Medizin definiert wird, die sich im engeren Sinn mit organischen Krankheiten, die eventuell psychischen Ursprungs sind, beschäftigt, so sollten bei solchen Erkrankungen doch sowohl psychische als auch soziale Hintergründe berücksichtigt werden. Sicherlich ist die Berücksichtigung von psychischen Aspekten bei der Betrachtung und Behandlung bestimmter Erkrankungen als wichtige Neuerung auf dem Gebiet der Medizin anzusehen. Jedoch sollten die psychischen Aspekte von Krankheit bzw. Gesundheit nicht von den sozialen getrennt werden. Denn die sozialen Bedingungen formen den psychischen Zustand des Menschen.
Es gibt Störungen, bei denen die Ärzte alle Möglichkeiten der naturwissenschaftlichen Medizin ausnützen, aber zu keinem befriedigenden Ergebnis kommen und ihre Bemühungen aufgeben. Wir sind der Auffassung, daß solche Störungen einen psychosozialen Hintergrund haben. Es ist für den Arzt kaum möglich, familiäre und finanzielle Probleme, die Bedrohung durch Arbeitslosigkeit und andere persönliche Schwierigkeiten, die die Krankheit eines Patienten bedingen können, zu lösen. Zudem scheint dies auf den ersten Blick auch nicht die Aufgabe des Arztes zu sein.
Daß die moderne Medizin gezwungen ist, sich mit außerhalb der unmittelbar ärztlichen Tätigkeit bestehenden Problemen der Patienten zu beschäftigen, falls diese für die Behand-

lung von Bedeutung sind, hängt mit den veränderten gesellschaftlichen Voraussetzungen zusammen. Die Fortschritte in diesem Bereich sind nicht ausreichend, jedoch sollten sie für die letzten Jahre nicht unterschätzt werden.
Daß die Sozialwissenschaften in den letzten Jahren immer mehr Gewicht haben, ist kein Zufall, sondern Ausdruck der gewandelten gesellschaftlichen Voraussetzungen. Wir leben in einer Zeit, in der die Sozialwissenschaften und die Medizin besser als früher zusammenarbeiten. Dies kann auch als Verstärkung der sozialwissenschaftlichen Orientierung der Medizin begriffen werden. Auch die Entstehung und Entwicklung der medizinischen Soziologie ist in diesem Zusammenhang zu sehen.

2.3. Ulkus ventriculi und Ulkus duodeni in der Sicht der Medizinsoziologie

Im folgenden wird zunächst versucht, aus der Sicht der Medizinsoziologie einige Theorien zur Ätiologie des Ulkus zusammenzufassen.
Die Autoren, die Untersuchungen zur Entstehung von Ulkus durchgeführt haben, vertreten keine einheitliche Auffassung. Anhänger der rein naturwissenschaftlich orientierten Medizin versuchen, das Problem vorwiegend im Sinne somatisch orientierter Theorien zu verstehen. Ulkus entsteht nach ihrer Ansicht entweder durch biologische Veränderungen im Körper oder durch die Einwirkung chemischer bzw. physikalischer Substanzen im Verdauungstrakt (14).
Der Entzündungstheorie zufolge werden die an der Oberfläche der Magenschleimhaut liegenden Zellen geschädigt und diese Schädigung entwickelt sich zu einem Magengeschwür. Die Gefäßtheorie geht aus von der Verengung oder Verstopfung der Gefäße, die für den Abtransport von sauerstoffreichem Blut, das die Zellen zum Leben brauchen, sorgen. Wenn die Gefäße die Schleimhaut nicht mehr versorgen können, läßt ihre Widerstandskraft nach und das Ulkus kann auftreten.
Das pathologisch-anatomische Verständnis geht vor allem von einem tiefgreifenden Gewebedefekt einer von Epithel überzogenen oder bedeckten Oberfläche aus. Das Auftreten des Ulkus ist so ein Resultat eines gestörten Gleichgewichts zwischen defensiven und aggressiven Kräften, die unter physiologischen Bedingungen im Gleichgewicht sind. Beim Zwölffingerdarmgeschwür sollen vor allem aggressive Faktoren und beim Magenulkus vor allem defensive Faktoren eine Rolle spielen. Dabei sei auffällig, daß Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre nicht in den Teilen, in denen die Magensäure Auswirkungen hat, entstehen, sondern in den Teilen, in denen vorwiegend das Gastrin wirkt (18).
Auch Alkoholismus und die Auswirkungen anderer chemischer bzw. physikalischer Noxen wurden als Ursache für die Entstehung des Ulkus betrachtet. Die chemischen bzw. physika-

lischer Substanzen können die Magensekretion anregen oder die Schleimhaut des Magens verletzten und eine Narbe verursachen, die sich zum Magen- bzw. Zwölffingerdarmgeschwür entwickelt. Zu diesen schädlichen Stoffen können der täglich getrunkene Kaffee, andere Getränke mit Säure, viele Medikamente, Gifte, verschluckte Gegenstände, heiße bzw. kalte Speisen und andere Stoffe, die für die Magenschleimhaut schädlich sind, gezählt werden.
In den somatisch orientierten Theorien wird die Entstehung des Ulkus oft mit der sogenannten peptischen Theorie erklärt, die davon ausgeht, daß das Ulkus durch die Überproduktion von Magensäure und die Auswirkungen dieser Überproduktion auftritt. Diese Säure besteht aus eiweißlösenden Substanzen - u.a. aus Salzsäure und Pepsin - die dann, wenn keine Nahrung im Magen ist oder bei der sogenannten Hypersekretion, die Magenschleimhaut angreifen und zerstören können.
Einige Autoren wiesen darauf hin, daß Personen mit der Blutgruppe O anfälliger für Magengeschwüre sind als Personen mit anderen Blutgruppen (43).
Die psychisch bzw. psychosomatisch orientierten Theorien gehen von den Auswirkungen der psychischen Belastungen aus, die eine somatische Erscheinung bzw. eine Erkrankung auslösen. Psychoanalytisch orientierte Theorien erklären das Auftreten des Ulkus im Rahmen einer Störung in der oralen Phase, d.h. das Ulkus tritt angeblich häufiger bei den Personen auf, die in dieser Phase nicht ausreichend gestillt wurden. Sie konnten dadurch dieses Entwicklungsstadium nicht ausleben und fixieren sich auf die orale Phase, weil ihre Abhängigkeitsbedürfnisse durch die Anforderungen der Umwelt frustriert wurden (2).
Auch Persönlichkeitsmerkmale wurden als Ursache des Ulkus betrachtet. Allerdings gibt es keine konsistente systematische Theorie in diesem Bereich, die man als wichtig betrachten könnte. Die Persönlichkeitstheorien selbst werden wegen ihrer Widersprüchlichkeiten immer noch diskutiert.

Daher kann man auch nicht von einer Ulkuspersönlichkeit sprechen.
Manche Autoren wie z.B. Glatzel erklären die Ulkusentstehung mit einem insbesondere auf berufliche Ziele gerichteten Ehrgeiz. Nach Glatzel tritt das Ulkus nur dann auf, wenn das Individuum in immer gleiche mit dem Berufsleben verbundene Konflikte gerät (26).
In der letzten Zeit trat eine weitere Theorie, die Theorie der Multikausalität, die im Gegensatz zu den bisher angeführten Theorien nicht nur von einzelnen Faktoren ausgeht, mehr und mehr in den Vordergrund. Dieser Theorie zufolge, die weitgehend auf dem psychosomatischen Krankheitsverständnis basiert, sind an der Entstehung des Ulkus nicht nur eine, sondern mehrere Noxen beteiligt. Die Entstehung des Ulkus ist also ein Gesamtgeschehen mit verschiedenen Dimensionen. Wenn man die Ulkusentstehung wie z.B. in der psychoanalytischen Theorie nur mit der oralen Fixierung erklären würde, so könnte man das Auftreten dieser Krankheit bereits dadurch verhindern, daß ihre schon in der Kindheit bestehenden Ursachen ausgeschaltet werden.

Die monokausalen Theorien, die nur eine bestimmte Dimension der Krankheit berücksichtigen, können nicht den gesamten Komplex der Entstehung der Ulkuserkrankung erklären. Die Theorie der Mehrdimensionalität geht davon aus, daß voneinander unabhängige Noxen, physikalische und chemische, psychische und soziale, die Erkrankung herbeiführen. Dies geschieht dann, wenn das beim Gesunden stets vorhandene Gleichgewicht zwischen defensiven und aggressiven Mechanismen gestört wird (73). Unter defensiven Mechanismen versteht man die Widerstandskraft der Magenschleimhaut, die lokale Durchblutung und die Schleimsekretion, unter aggressiven Mechanismen die Salzsäure, die Pepsinsekretion und chemische Reize. Der Magenschleim kann die Magensäure neutralisieren und so die eiweißlösende Wirkung des Pepsins aufheben. Befinden sich diese Mechanismen im Gleichgewicht, so entsteht kein Ulkus, wird dagegen dieses Gleichgewicht

gestört, kann das Ulkus auftreten. Dieser Vorgang wird durch die Schwächung der defensiven Mechanismen in Gang gesetzt. Die aggressiven Mechanismen werden durch Vererbung, physikalische Noxen, emotionelle Belastungen usw. verstärkt (Schettler, 1969, zitiert nach 18, 72).
In den letzten Jahren wurden im Bereich der psychosomatisch orientierten Medizin in stärkerem Maße die Auswirkungen von emotionalen Belastungen zur Erklärung der Ulkusentstehung herangezogen. Die Emotionen sind mit Körperreaktionen verbunden und haben sowohl physische als auch psychische Auswirkungen. Magengeschwüre werden auch als Folge von emotionalen Belastungen produziert, wobei die sogenannte Streßwirkung hier der entscheidende Faktor ist. Selbst die Wissenschaftler, die eine multikausale Erklärung der Ulkusentstehung vertreten, bezeichnen die emotionalen Belastungen als wichtigen Faktor bei der Entstehung des Magenulkus (44).
Für Mitscherlich ist die Emotion das Simultangeschehen des Körpers. Nach seiner Auffassung gibt es keine Emotion, die nicht mit körperlichen Reaktionen gekoppelt ist (44).
Alexander betont die Bedeutung der psychogenen Faktoren beim Auftreten von Ulkus. So sei der Magen eines Ulkuspatienten immer in einer Erregung, die eine Hypersekretion des Magensaftes zur Folge habe. Ursache dieser Erregung sei nicht immer der Hunger, sondern das Bedürfnis, geliebt bzw. akzeptiert zu werden (2).
Die Wirkung der emotionalen Faktoren wird oft mit dem Begriff "Streßwirkung" zusammengefaßt. Der Begriff "Streß" existiert in verschiedenen Ausprägungen, die aber im allgemeinen synonym benutzt werden. Manche Autoren verstehen unter Streß vor allem unangenehm empfundene Anstrengungen bzw. einen gestörten Zustand des Organismus. Diese Auffassungen stimmten mit der ursprünglichen Bedeutung des Streßbegriffes nicht immer überein. Selye versteht unter Streß eine Reaktion des Organismus in einer für ihn bedrohlichen Situation. Dieser Vorgang ist eine unspezifische Reaktion des Körpers auf verschiedene Reize, die auf eine Anpassung

des Körpers zielt. Unter den verschiedenen sich dadurch ergebenden organischen Veränderungen können auch Anzeichen von Ulkus festgestellt werden. Der Streß ist selbst unspezifisch, hat aber eine spezifische Wirkung zur Folge, was als für das Auftreten des Ulkus bedeutsam betrachtet werden kann. Dabei sollte Streß nicht nur als starke Stimulation, starke Spannung bzw. als Erschöpfung verstanden werden. Streß kann bei jedem Lebewesen auftreten, selbst bei Pflanzen, die keine Nerven haben. Hier geht es nur um die Reaktion des Körpers gegenüber einer gefährlichen Situation, die das Lebewesen gegen diese Gefahr alarmiert und seine Abwehrkräfte mobilisiert.

Diese Anpassungsreaktion kann als angenehm oder unangenehm wahrgenommen werden, was als Streß bzw. Distreß unterschieden werden sollte. Verschiedene Autoren verwechseln diese Begriffe oder benutzen sie synonym. Gegenwärtig meinen viele Autoren mit dem Begriff des Streß die als unangenehm empfundene Reaktion bzw. Distreß. Wie bei allen Lebewesen gibt es auch bei den Menschen beide Arten von Streß. Das Nichtvorhandensein von Streß bedeutet den Tod (63).

Die Wirkung des Streß hängt nur in geringem Maße davon ab, ob dieser als angenehm oder unangenehm empfunden wird, sondern vorwiegend von der Intensität des gegen die Existenz des Körpers gerichteten Reizes. Ob Streß als angenehm oder unangenehm wahrgenommen wird, hängt mit der Konditionierung der Reflexe zusammen.

Im allgemeinen wird die Spezifität der Noxen für die Entstehung der psychosomatischen Erkrankungen vorausgesetzt. Dabei werden die emotionalen Faktoren oft als primäre Noxen betrachtet. Die spezifische Streßwirkung wird in diesem Sinn für die psychosomatischen Erkrankungen insgesamt als entscheidender Faktor betrachtet.

Beim Menschen ist die Anpassungsreaktion in bedrohlichen Situationen komplizierter als bei den anderen Lebewesen. Die Anstrengungen der Menschen müssen in einem Gleichgewicht ablaufen, damit die Gesundheit des Menschen nicht

in Gefahr gerät.
Die Stressoren sind verschiedenartig, dies verändert jedoch nicht die charakteristische Komplexität der Reaktion des Körpers auf die Reize. Der Grad und die Dauer der Einwirkung der Belastung rufen verschiedene organische Veränderungen im Körper hervor, die Selye als allgemeines Adaptionssyndrom beschreibt (63).
Diese Veränderungen sind der Anstieg der Herzfrequenz, des Blutdrucks, der Leukozytenzahl im Blut, die Erweiterung der Koronararterien, die Verengung der Pupillen, die Alarmreaktion der inkretorischen Drüsen usw. Wenn der Organismus seine Abwehrkräfte mobilisiert und so mit einem ausgeprägten Adaptionssyndrom auf einen Stressor reagiert, so kann dies als Zeichen einer guten Adaptionsfähigkeit und einer hohen Widerstandskraft verstanden werden. Eine mangelhafte Körperleistung kann dagegen die sogenannten Adaptionskrankheiten auslösen, zu denen auch Magenulkus gezählt wird.
Das Magenulkus ist also nach Selye eine Adaptionskrankheit, die im Rahmen des Modells des allgemeinen Adaptionssyndroms verstanden werden kann. Jeder Mensch hat ein bestimmtes optimales Streßniveau, auf dem seine gesundheitliche Situation in einem Gleichgewicht bleibt. Wenn das Streßniveau über dieses optimale Niveau hinaussteigt, können verschiedene organische Veränderungen bzw. Erkrankungen auftreten (18).
Internistische Untersuchungen bestätigen im allgemeinen die Einwirkung der psychischen Faktoren bei der Entstehung des Ulkus. Kühn weist auf die Zunahme der Ulkusfälle in London hin, die durch die Streßwirkung bei den deutschen Luftangriffen während des zweiten Weltkrieges aufgetreten sind (41). Psychische Dauerbelastungen werden zu den chronischen Streßreaktionen gezählt, die mit organischen Veränderungen verbunden sind. Eine solche organische Veränderung stellt auch das Magengeschwür dar. Wolf und Wolff konnten durch ihre Laborexperimente bzw. Beobachtungen beweisen, daß psychische Belastungen sich auf die Entstehung von Ulkus

auswirken. So treten durch Ärger, Gereiztheit und Angst Durchblutungen, Schwellungen und Sekretionsverstärkungen an der Magenschleimhaut auf, wobei Trauer und Scham die Schleimhaut erblassen lassen und die Sekretion zum Versiegen bringen. Bei längerdauernden emotionalen Belastungen können Schleimhautnarben festgestellt werden (Wolf und Wolff, 1943, zitiert nach 73).
Von verschiedenen Autoren wurde das von Selye beschriebene allgemeine Adaptionssyndrom nicht nur auf die Entstehung von Ulkus, sondern auch auf das Auftreten aller psychosomatischer Erkrankungen bezogen. Selye zufolge lassen sich beim Auftreten von psychosomatischen Krankheiten drei Phasen feststellen:

1. Alarmreaktion: Das Gefahrensignal ruft eine unspezifische Abwehrreaktion (Angst) hervor.
2. Widerstandsphase: Die psychischen Abwehrmechanismen werden mobilisiert und eingesetzt.
3. Die Erschöpfung: Die Abwehrmechanismen brechen zusammen und allmählich treten Krankheitssymptome auf (18).

Zur Erklärung von Ulkus wurden verschiedene Theorien entwickelt, die vorwiegend physikalische und chemische, aber auch psychische Ursachen berücksichtigen. Nachdem die psychosomatische Betrachtungsweise aufgekommen war, wurde begonnen, auch soziologische Merkmale in die Untersuchungen mit einzubeziehen. Die soziologischen Erklärungsansätze scheinen nicht weniger gültig bzw. zuverlässig als die anderen Ulkustheorien zu sein, wobei wir die psychosomatischen Ulkustheorien im Zusammenhang der soziologischen Erklärungsansätze betrachten. Soziale und wirtschaftliche Gegebenheiten wie die Trennung von der Heimat bzw. von der Familie, von der eigenen Gesellschaft, Arbeitslosigkeit, das Erleben von Katastrophen usw. können als Faktoren bezeichnet werden, die zur Entstehung von Ulkus beitragen. Nach einer Trennung von der gewohnten Umwelt muß das Individuum eine neue Umwelt finden, an die es sich anpassen kann und die

ihm sichere Lebensbedingungen bietet. Die mit der Trennung zusammenhängenden Anpassungsschwierigkeiten können für das Individuum schwerwiegende Konflikte darstellen. Es kann sein, daß das Individuum nicht die von ihm gewünschten Lebensbedingungen findet und bereits bestehende psychosoziale Konflikte sich dadurch vergrößern. Insbesondere können Personen, die sehr stark abhängig sind von den Normen und Werten der Gesellschaft, die sie verlassen haben, tiefgehenden Konflikten ausgesetzt sein und, falls die Schwierigkeiten nicht gelöst werden können, in eine für sie ausweglose Situation geraten, die zu einer Erkrankung führen kann. Außergewöhnliche Ereignisse, die die Lebenssituation des Individuums entscheidend beeinflussen können, führen nur dann zum Ausbruch der Ulkuserkrankung, falls diese Ereignisse mit einer sozialen bzw. psychischen Isolation gekoppelt sind. Todesgefahr, Verbannung, das Erleben von Bombardements und ähnlichen Ereignissen bewirken dann, wenn hiermit keine Isolation verbunden ist, nicht unbedingt das Auftreten von Ulkus. Die Solidarität der Betroffenen kann den Ausbruch der als psychosomatisch bezeichneten Erkrankung verhindern. So wurde z.B. festgestellt, daß während des Krieges Personen, die sich vor der Gefangenschaft retten konnten, häufiger an Ulkus erkrankten als Gefangene, da sie stärker als diese isoliert waren. Die Gefangenen hielten ein Zusammengehörigkeitsgefühl aufrecht und erlebten daher keine Isolation (51).

Der Aspekt der "Isolation" wird auch von verschiedenen Autoren als wesentlicher Faktor bei der Entstehung von Ulkus betrachtet. Auch der Verlust einer Geborgenheit vermittelnden Gesellschaft oder eines geliebten Objektes wird bei den Ulkuspatienten als ein auffälliger Faktor betrachtet. Nach Zedwitz gibt es drei Grundtypen der Ulkuskrankheit, wobei der Verlust eines geliebten Objektes bzw. eines Besitzes für die Entstehung des Magenulkus die entscheidende Rolle spielt: "Das Ulkus ventriculi tritt auf

als Folge eines Besitzverlustes bei Neurotikern; das Ulkus duodeni als Symptom eines Aggressionsverzichtes; die Pseudostenose des Pylorus als Symptom des Verschweigens eines peinlichen Geheimnisses..." (80).
Die vorhandenen Theorien zur Entstehung des Ulkus sind so verschieden, daß man aufgrund der Literatur keinen Aspekt als entscheidend betrachten kann. Nach wie vor stützen sich viele Autoren bei der Formulierung ihrer Theorien ausschließlich auf eigene Untersuchungen. Da diese oft relativ einseitig und methodisch mangelhaft sind, können auch die Theorien nicht als ausreichend zuverlässig betrachtet werden. Pflanz weist für viele Untersuchungen insbesondere auf methodische Fehler hin und betont, daß diese Untersuchungen nur mit Vorsicht verwendet werden können (53).
Manche Autoren gehen bei der Erklärung der Entstehung des Ulkus von somatischen, andere von psychosomatischen Ursachen bzw. von sozialen Voraussetzungen aus. Nach der Literatur kann weder der somatische noch der psychosomatische Erklärungsansatz als dem anderen überlegen betrachtet werden. Wie bei anderen Krankheiten müssen auch bei der Ulkusentstehung nicht nur allein die Einflüsse der Vererbung und Konstitution, der Ernährung, des Rauchens und Alkoholgenusses, vazospastische, sekretorische, allergische und hormonelle Funktionsstörungen, sondern die Reaktion des Organismus auf verschiedenartige Noxen als Ursache bezeichnet werden (50).
Einige Autoren betrachten die Faktoren in der Ätiologie von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren getrennt, da diese beiden Erkrankungen völlig verschieden seien (17), während andere Autoren der Auffassung sind, es sei richtiger, Magen- und Duodenal-Ulkus nicht getrennt voneinander zu behandeln, sondern nur von peptischen Geschwüren zu sprechen.
Medizinsoziologisch gesehen ist die Unterscheidung zwischen dem Magengeschwür und Duodenal-Ulkus nicht einfach. Viel-

mehr handelt es sich hier um ein klinisches Problem. In medizinsoziologischen Untersuchungen werden beide Erkrankungen oft in einem Zusammenhang behandelt. Insbesondere kann man aus den Angaben der Patienten keinen Unterschied ersehen, da für sie beide Erkrankungen einfach als Magenerkrankungen gelten. Falls die Patienten von den Ärzten nicht genügend aufgeklärt wurden, werden sogar andere Magenbeschwerden mit Magenulkus und Ulkus duodeni verwechselt, so z.B. oft bei Gallenentzündungen und bei ähnlichen Beschwerden. Daher ist es wichtig, bei medizinsoziologischen Erkenntnissen auch klinische Erkenntnisse mit einzubeziehen. Werden nur die subjektiven Angaben der Patienten zugrundegelegt, so kann die Methode der Untersuchung von vornherein als unzuverlässig betrachtet werden. Dies ist nach Pflanz bei vielen Untersuchungen über die Ulkus-Ätiologie der Fall (52).

Der Internist Kühn hält die Unterscheidung zwischen Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür für nicht wichtig und betrachtet die beiden Erkrankungen als relativ gleichartig, während z.B. Troschke nur das Magengeschwür als ein typisches Beispiel für psychosomatische Erkrankungen behandelt (18, 52). Im englischsprachigen Raum wird der Begriff peptic ulcer bevorzugt, wird ausführlicher über Ulkus gesprochen, so geht es im allgemeinen um Ulkus duodeni.

Die Autoren, die Magenulkus und Ulkus duodeni getrennt behandeln, betonen die alters- und geschlechtsspezifischen Eigenarten sowie die verschiedenartigen gesellschaftlichen und kulturellen Erscheinungsfromen dieser beiden Erkrankungen. Den Ergebnissen der Untersuchungen dieser Autoren zufolge treten die beiden Ulkuserkrankungen bei den verschiedenen Geschlechtern, Altersstufen, in den verschiedenen gesellschaftlichen Schichten und Kulturkreisen auch in unterschiedlicher Häufigkeit auf. Kühn weist darauf hin, daß Magengeschwüre häufiger auftreten als Ulkus duodeni (41), Pflanz vertritt die entgegengesetzte Ansicht (52). Weitere Merkmale, die im Hinblick auf die Verschieden-

artigkeit der beiden Ulkuserkrankungen bearbeitet wurden, sind unter anderem die Blutgruppe, Vererbung, soziale Schicht und Persönlichkeit.
Doll und Jones kommen zu dem Schluß, daß die für die Ätiologie von Magenulkus und Ulkus duodeni wichtigen Faktoren verschieden sind und diese beiden Ulkuskrankheiten daher getrennt behandelt werden sollen (17).
Entsprechend der verwendeten Methoden kommen die Autoren zu unterschiedlichen Ergebnissen im Hinblick auf die Erklärung der Ulkusentstehung. Viele bezeichnen röntgenologische, klinische sowie physiologische Befunde als wesentliche Grundlage ihrer Hypothesen (52). Postmortem vorgenommene Untersuchungen von Pflanz ergaben, daß das Ulkus duodeni bei Männern drei- bis sechsmal häufiger auftritt als bei Frauen (52). Auch Kühn weist wie fast alle anderen Autoren auf die größere Häufigkeit des Ulkus bei Männern hin (41). In vielen Untersuchungen fällt auf, daß das Ulkus duodeni bei jüngeren Personen häufiger als bei älteren auftritt.
Aus verschiedenen Untersuchungen geht hervor, daß manche Merkmale wie Rauchen, berufliche Veränderungen, Rasse, Religion, soziale Schicht, Migration, Scheidung usw. eine Rolle bei der Entstehung des Magenulkus spielen. Pflanz findet diese Ergebnisse im allgemeinen methodisch mangelhaft, daher müsse auch die Hypothese, die einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Ulkuserkrankung und soziokulturellen Faktoren als Grundlage empirischer Untersuchungen annimmt, mit Vorsicht betrachtet werden (53).
In den letzten Jahren allerdings gewinnen die dargestellten Aspekte als eine Gesamtheit an Bedeutung. So kommt Uexküll z.B. nach seinem Überblick über 40jährige Erfahrungen zum Schluß:

> "In der Pathogenese des Ulkus duodeni greifen also somatische (konstitutionelle), entwicklungspsychologische und soziale Faktoren ineinander, wobei die konstitutionelle Komponente zwar eine unerläß-

liche, aber allein nicht ausreichende Vorbedingung für die Geschwürerkrankung ist. Das Geschwür - das lokalisierbare Krankheitsgeschehen im Organismus selbst - erweist sich damit als Symptom einer allgemeineren, die ganze Person betreffende Erkrankung" (72).

Im folgenden sollen die Zusammenhänge zwischen dem Alter, dem Geschlecht, dem Beruf usw. und der Ulkuserkrankung aus den medizinsoziologischen Untersuchungen dargestellt werden:

2.3.1. Das Alter und Ulkus

In der Literatur werden Magenulkus und Duodenal-Ulkus meist nicht als gleichartige Erkrankungen betrachtet. Fast alle Autoren, die sich mit den für beide Ulkusformen feststellbaren Merkmalen beschäftigt haben, kommen zu dem Schluß, daß Ulkus duodeni eine Erkrankung der mittleren und jüngeren Altersstufen ist, während das Magenulkus etwa ab dem 40. Lebensjahr verstärkt auftritt. (52). Pflanz und andere weisen darauf hin, daß die zahlenmäßige Relation zwischen Magenulkus und Duodenalulkus je nach Altersstufe verschieden ist. Für Männer stellt Pflanz diese Relationen folgendermaßen dar (52):

"bis zum 19. Lebensjahr	1 : 3,47
20 - 29	1 : 6,4
30 - 39	1 : 4,58
40 - 49	1 : 1,78
50 - 59	1 : 1,76
60 - 69	1 : 1,03"

Die unterschiedliche Altersverteilung bei Magen- und Duodenalulkus kann nicht nur mit biologischen Regelmäßigkeiten erklärt werden, vielmehr sollten daneben auch gesellschaftliche Faktoren in Betracht gezogen werden. Wenn man z.B.

berufliche Belastungssituationen als krankheitsauslösenden Faktor betrachtet, so kann die Abnahme des Duodenalulkus ab dem 40. Lebensjahr mit dem Streben nach beruflichem Erfolg erklärt werden, das bei jüngeren Männern wohl ausgeprägter ist und etwa ab dem 40. Lebensjahr nachläßt. Auch Doll und Jones betonen, daß die Inzidenz des Ulkus sehr stark mit dem Alter variiert. Ihren Ergebnissen zufolge steigt die Inzidenz bei Männern der Altersgruppe zwischen 45 und 54 Jahren auf ein Maximum von 9,6% und fällt danach ab.
Diese Abnahme der Ulkusinzidenz wird zum einen mit dem Tod eines Teils der Ulkuspatienten, zum anderen mit der stärkeren Aktivität der Ulkuserkrankung bei jüngeren Personen erklärt. Bei Frauen erreicht die Inzidenz das Maximum erst nach dem 55. Lebensjahr. Doll und Jones weisen jedoch darauf hin, daß die Stichproben nur eine relativ geringe Anzahl an Frauen enthielten und die für die Frauen festgestellten Inzidenzraten daher als unzuverlässig betrachtet werden müssen. Betrachtet man Magen- und Duodenalulkus getrennt, so ergibt sich folgendes Bild: Magenulkus tritt im allgemeinen zwischen 35 und 64 Jahren und am häufigsten zwischen 45 und 54 Jahren auf, Duodenalulkuserkrankungen kommen im allgemeinen zwischen 20 und 64 und am häufigsten zwischen 35 und 44 Jahren vor. Als generell für das Auftreten von Ulkus gefährdet betrachten Doll und Jones die Altersstufen zwischen 35 und 64, wobei das häufigere Auftreten bei jüngeren Personen mit Mißerfolgen im Berufsleben zu erklären sei (17). Gleiches gilt bei Clarke, Halil und Salmon für die Lebensjahre zwischen 55 und 64 (10).

2.3.2. Das Geschlecht und Ulkus

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß Ulkus vorwiegend bei Männern auftritt. Akzeptiert man die Hypothese,

daß das Streben nach beruflichem Erfolg eine für die Entstehung des Ulkus bedeutsame Belastungssituation darstellt, so könnten die in älteren medizinsoziologischen Untersuchungen zu findenden Ergebnisse, nach denen Ulkus bei Männern häufiger auftritt als bei Frauen, relativ leicht erklärt werden. Da Frauen erst in der letzten Zeit in stärkerem Maße im Berufsleben höhere Verantwortung zu tragen haben und größeren Anstrengungen ausgesetzt sind, war es für sie weniger wahrscheinlich als für Männer, an Ulkus zu erkranken. Die Wahrscheinlichkeit, an Ulkus zu erkranken müßte also bei den Frauen in dem Maße ansteigen, wie sie im Berufsleben stärker belastet werden.
Die Angaben über Ulkuserkrankungen bei Männern basieren im allgemeinen auf empirischen Untersuchungen, die die Autoren jeweils selbst durchgeführt haben; daher scheinen diese Ergebnisse zuverlässiger als die Angaben über die Ulkuserkrankung bei Frauen. Diese stützen sich meist auf ungenügendes Datenmaterial. Zudem suchen möglicherweise Frauen bei Magenbeschwerden weniger häufig als die Männer den Arzt auf, wodurch die Ergebnisse über die Häufigkeit des Auftretens des Ulkus bei den beiden Geschlechtern beeinflußt sein könnten.
Werden die sozioökonomischen Bedingungen berücksichtigt, unter denen an Ulkus erkrankte Frauen leben, so kann man feststellen, daß ähnliche Voraussetzungen wie bei den männlichen Ulkuspatienten anzutreffen sind, wie z.B. Trennung von der Heimat, von Familienangehörigen, Scheidung, beruflicher Abstieg, hohe Geschwister- und Kinderzahlen usw.

Die bei verschiedenen Autoren angegebenen Inzidenzraten basieren hauptsächlich auf Untersuchungen bei männlichen Personen. Zahlen über die Häufigkeit der Ulkuserkrankung werden oft nur zur Schätzung der allgemeinen Inzidenzraten verwendet und scheinen, verglichen mit den für Männer vorhandenen Ergebnissen, methodisch nicht zuverlässig zu sein.
Nach Doll und Jones treten Ulkuserkrankungen bei Männern und Frauen vor dem 55. Lebensjahr im Verhältnis 1,4 : 1

auf. In der Altersstufe zwischen 15 und 65 Jahren wird für die Bevölkerung in England und Wales für das Jahr 1946 ein Verhältnis von 5 : 1 angegeben (17). Diese Zahlen stammen zwar aus der Zeit kurz nach dem 2. Weltkrieg, hinsichtlich der höheren Häufigkeit bei den Männern stimmen sie jedoch mit den Ergebnissen neuerer Untersuchungen überein.

2.3.3. Die soziale Schicht und Ulkus

Bei der Darstellung der Sozialstruktur der westlichen Industrieländer müssen andere Merkmale berücksichtigt werden als bei der Beschreibung der Sozialstruktur nichtindustrialisierter Länder. In den industriell hochentwickelten Ländern sind die sozioökonomischen Bedingungen prägender für die Gesellschaftsform und die Sozialstruktur als in den nichtindustrialisierten Ländern. Vor der massenhaften Einwanderung von Arbeitskräften aus den nichtindustrialisierten Ländern bzw. Gebieten war die Sozialstruktur der industrialisierten Länder relativ stabil. Die Einwanderung ausländischer Arbeiter führte jedoch zum Aufstieg von unteren Schichten der einheimischen Bevölkerung, da die untersten Schichtpositionen von den ausländischen Arbeitern übernommen wurden.
Aus vielen medizinsoziologischen Untersuchungen ist zu ersehen, daß die untersten sozialen Schichten für viele Krankheiten, an deren Entstehung sozioökonomische Faktoren beteiligt sein können, anfälliger sind. Die Situation dieser Schichten ist oft von Armut bzw. ökonomischer Benachteiligung geprägt. Diese ökonomische Benachteiligung bedingt die berufliche Position, Prestige, Ausbildungsniveau und Arbeitsweise. Personen aus diesen Schichten sind in großem Maße beruflichen sowie sozialen Schwierigkeiten bzw. Konfliktsituationen ausgesetzt und werden von den Angehörigen anderer Schichten eher isoliert. Im Berufsleben haben sie nur Vorgesetzte und keine Untergebene, daher können

sie keine Anweisungen geben, sondern müssen stets diesen Folge leisten. Berufliche Aufstiegsmöglichkeiten bestehen kaum und die finanzielle Situation ist meist schwierig. Auch für unbedingt notwendige Anschaffungen müssen die Angehörigen dieser Schicht sich im allgemeinen weit mehr anstrengen als die Mitglieder anderer Schichten. Daher sind sie auch stärker von den Belastungen betroffen, die zu den als psychosomatisch bezeichneten Krankheiten führen können.

Daß die Schichtzugehörigkeit einen wichtigen Faktor für das Auftreten von Magenulkus darstellt, wird von mehreren Autoren bestätigt (17, 52). Das gleiche wird für das Auftreten von Duodenalulkus bestritten (17).

Nach Pflanz kommt die Ulkuserkrankung in fast allen industrialisierten Ländern in den höheren Schichten in geringerem Umfang vor als in den unteren Schichten. Nur bei den Ärzten ist die Situation anders, d.h. bei ihnen tritt das Ulkus relativ häufiger auf als bei den Angehörigen anderer höherer gesellschaftlicher Schichten. Nach Pflanz ist dies sowohl mit den bessseren diagnostischen Möglichkeiten als auch mit der hohen beruflichen Beanspruchung der Ärzte zu erklären (52). Hier wäre an die Hypothese von Glatzel zu erinnern, daß das Streben nach beruflichem Erfolg sowie Ehrgeiz eine wesentliche Rolle bei der Entstehung des Ulkus spielen (Glatzel 1954).

Die Ulkuserkrankung ist auch häufig bei Personen anzutreffen, die sich beruflich in einer Zwischenposition befinden und für die nur geringe Aufstiegsmöglichkeiten bestehen. Die Werkmeisterposition ist dafür ein typisches Beispiel. Der Werkmeister gehört seiner Position nach weder zu den Arbeitern noch zur Betriebsleitung. Von beiden Gruppen ist er isoliert und die mit der Isolation verbundene Streßsituation wird als ein wichtiger Faktor für das Auftreten des Ulkus betrachtet (51).

2.3.4. Die geographische Region und Ulkus

In verschiedenen medizinsoziologischen Untersuchungen wird der Eindruck nahegelegt, das Ulkus sei eine Krankheit, die vorwiegend in den industrialisierten Ländern vorkommt. Hier liegt der Ausgangspunkt für die Hypothese, daß das Ulkus mit den in der modernen Industriegesellschaft vorhandenen Belastungssituationen im Zusammenhang steht (53).

In den industrialisierten Ländern erkranken, den in der Literatur referierten Ergebnissen zufolge, ein Prozent aller Männer im Verlauf eines Jahres an Ulkus. Im Laufe ihres Lebens werden 10% der Männer von einem Ulkus betroffen, wobei viele von ihnen beschwerdefrei bleiben. Personen, die nur eine Narbe haben, nehmen die Störungen im allgemeinen nicht ernst und suchen kaum den Arzt auf. Statistische Angaben, die auf zuverlässigen Untersuchungen basieren, seien durch postmortale Befunde bestätigt (52).
Pflanz vertritt die Ansicht, daß die Häufigkeit des Auftretens des Ulkus in den nichtindustrialisierten Ländern nicht unbedingt niedriger ist als in den westlichen Industrieländern. Allerdings ist zweifelhaft, ob die aus verschiedenen Ländern vorhandenen Zahlen exakt und zuverlässig genug sind. Für manche Entwicklungsländer wie z.B. Indien werden sogar höhere Zahlen über das Vorkommen des Ulkus berichtet als für die industrialisierten Länder (52).
Manche Autoren führen die Ulkuserkrankungen in solchen Entwicklungsländern auf die dortigen Ernährungsgewohnheiten zurück, in der Literatur wird dieser Einfluß weitgehend bestritten (53). So ist z.B. Pflanz der Auffassung, auch in den Entwicklungsländern sei die Entstehung des Ulkus nicht mit den Ernährungsgewohnheiten, sondern mit medizinsoziologischen Faktoren zu erklären (53).
Auch Doll und Jones schreiben den Ernährungsgewohnheiten keine große Bedeutung für das Auftreten der Ulkuserkrankung zu. "Die Quote der Personen mit riskanten Ernährungsgewohn-

heiten lag bei den Ulkuspatienten nicht höher als bei der gesunden Gruppe" (17).
Die statistischen Angaben über die Ulkusmorbidität aus ländlichen Gebieten bzw. aus nichtindustrialisierten Ländern sind möglicherweise unzuverlässig und können daher nicht direkt mit den exakten Daten gut organisierter städtischer Institutionen verglichen werden. In den ländlichen Gebieten sind die Untersuchungsbedingungen relativ ungünstig, dadurch können die statistischen Ergebnisse beeinflußt werden. Man könnte behaupten, daß die Häufigkeit der Ulkuserkrankung in den nichtindustrialisierten Ländern genau so hoch wäre wie in den industrialisierten Ländern, falls Untersuchungen durchgeführt werden könnten, die den gleichen Gültigkeitsgrad haben wie die Untersuchungen städtischer Institutionen. Ist z.B. die Methode der klinischen Untersuchung unzuverlässig, so können aufgrund von Verwechslungen von anderen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes mit Ulkus die Ergebnisse beeinträchtigt werden.
Den statistischen Angaben zufolge steigt die Ulkusmorbidität in den letzten Jahren überall an. Dies ist jedoch möglicherweise auch mit den neueren Untersuchungsmethoden und der Intensivierung der Untersuchungen zu erklären. Falls ausschließlich die statistischen Daten zur Ulkusmorbidität und nicht die Weiterentwicklung der Diagnosemöglichkeiten und die Intensivierung der Diagnosetätigkeit berücksichtigt werden, müßte - von außergewöhnlichen Jahren wie denen des 2. Weltkrieges abgesehen - die Hypothese, daß das Ulkus in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts häufiger auftritt als in früheren Jahren, akzeptiert werden.

Tabelle 3: Die Häufigkeit des Ulkus in verschiedenen Ländern (52)

Land	Gesamt-Bevölkerung	M %	W %	Jahr
Deutschland	U.v.	0,5	0,3	1956
	U.d.	0,6	0,2	1956
Dänemark	2,08%			1953
Schweden	1,4 %			1957
England	U.v. 0,005/J.			1955
	U.d. 0,010/J.			1955
Norwegen	3,3/1000/J.			1959
Schweiz		4,6	1,6	1956
U.S.A.	Weiße 5,32% } Sektionsfälle			
	Schwarze 3,5% }			

U.v. = Ulkus ventriculi
U.d. = Ulkus duodeni

2.3.5. Der Beruf und Ulkus

Die beruflichen Belastungsituationen werden von verschiedenen Autoren als wesentlicher Faktor bei der Entstehung des Ulkus betrachtet (17, 26). Nach Glatzel entsteht das Ulkus im Zusammenhang mit dem Streben nach beruflichem Erfolg (17). Doll und Jones bearbeiteten die Frage, in welcher Weise sich das Berufsleben auf das Vorkommen des Ulkus auswirken könnte und kamen zu dem Schluß, daß die beruflichen Faktoren mit der Entstehung der Ulkuserkrankung verbunden sind. Dabei wurden signifikant hohe Inzidenzraten bei den Ärzten (15 beobachtete Personen gegen 6,9 erwartete Personen) und bei ungelernten Arbeitern (11 : 4,9) gefunden. Zwar sollten bei diesem Ergebnis die Diagnosemöglichkeiten der Ärzte nicht außer acht gelassen werden. Jedoch ist nach Pflanz diese hohe Inzidenz nicht nur auf bessere Diagnosemöglichkeiten, sondern insbesondere auf medizinsoziologische Faktoren zurückzuführen (57). So kann das Erfolgsstreben der Ärzte im Berufsleben im Zusammenhang mit der von Glatzel für die Entstehung des Ul-

kus aufgestellten Hypothese betrachtet werden (17). Weitere und noch wichtiger erscheinende Inzidenzraten wurden unter Arbeitern gefunden, und zwar insbesondere bei solchen, die in den Betrieben verantwortungsvolle Positionen wie Vorarbeiter oder Geschäftsführer hatten (27 : 19,7). Die angegebenen Zahlen beziehen sich hauptsächlich auf Duodenalulkus. Bei Magenulkus wich die Zahl der beobachteten Fälle nicht sehr stark von der Zahl der erwarteten ab (4 : 4,9).
Signifikant niedrige Inzidenzraten wurden für landwirtschaftliche Arbeiter (5 : 12,2) und für die Arbeiter, die eine sitzende Tätigkeit ausübten (40 : 53,9), erwähnt (17). Durchschnittliche Inzidenzraten konnten von Doll und Jones bei den Busfahrern (12 : 16,7), LKW-Fahrern (44 : 42,6), bei Elektrotechnikern (27 : 33,9), bei angelernten Arbeitern in der Maschinenbau- und Elektroindustrie (21 : 18,7) und bei anderen Gruppen von Arbeitern in der sozialen Schicht III und der sozialen Schicht IV beobachtet werden (17).
Auch Pflanz weist neben der sozialen Isolierung auf die Bedeutsamkeit des Strebens nach beruflichem Erfolg für die Entstehung der Ulkuserkrankung hin. Wegen eventuellen methodischen Fehlern müssen seiner Meinung nach aber die Ergebnisse, die in der Literatur zu finden sind, mit Vorsicht betrachtet werden (53).
Die schweizerischen Autoren weisen auf die häufigeren Ulkusoperationen bei Hilfsarbeitern - insbesondere bei Gastarbeitern - hin (Gyr u.a. 1972).
Bojanowicz (Polen 1972) stellte eine höhere Ulkusmorbidität bei Personen, die leitende Positionen haben, Mehrschichtarbeit leisten und bei Hausfrauen fest.
In einer von Stojanova (Bulgarien 1974) durchgeführten Untersuchung wurde eine 3,8%ige Ulkusinzidenz unter den Arbeitern und Angestellten festgestellt. Am häufigsten erkrankten an Ulkus die Arbeiter bei den Telefonzentralen (14,2%) und am geringsten diejenigen, die bei Gummikombi-

naten beschäftigt waren (2,3%).
Die beruflichen Aspekte in der Ulkusätiologie werden somit zu den wichtigsten krankheitsfördernden Faktoren gezählt, sie werden sogar bei vielen als wesentliche Ursache betrachtet.

2.3.6. Lebensverändernde Ereignisse und Ulkus

In neueren medizinsoziologischen Untersuchungen werden neben den Daten zur sozialen Lage zunehmend auch alltägliche biographische Daten berücksichtigt. Der in Amerika entstandene life-event-Ansatz untersucht den Zusammenhang zwischen Art, Ausmaß und sozialer Relevanz lebensverändernder Ereignisse und einem nachfolgenden Krankheitsausbruch.
Folgende Voraussetzungen kennzeichnen diese Forschungsrichtung (vgl. 65):

1. Es gibt Ereignisse, die die alltäglichen Gewohnheiten so stark unterbrechen, daß erhöhte Anpassungsleistungen des Betroffenen angenommen werden können.
2. Je wichtiger solche Ereignisse für das betroffene Individuum sind, desto größer ist die psychische Belastung, die daraus resultiert.
3. Eine Anhäufung bedeutsamer Lebensereignisse in einer kurzen Spanne der Biographie kann die Anfälligkeit des Organismus für den Ausbruch unspezifischer Krankheiten erhöhen.
4. Belastungen infolge lebensverändernder Ereignisse sind in der Bevölkerung universell verteilt. Eine bestimmte soziale Lage kann aber bestimmte Arten solcher Belastungen in höherem Maß begünstigen als eine andere.

Obwohl die Frage der Spezifität von Lebensereignissen noch umstritten ist, gewinnt die Erforschung lebensverändernder Ereignisse gerade im Hinblick auf den beschleunigten Ausbruch psychosomatischer Krankheiten zunehmend an Bedeutung (68, 70, 74). Insbesondere in retrospektiven Herzinfarktstudien konnte eine starke Evidenz für den epidemiologischen Stellenwert von Lebensereignissen gefunden werden. Grundsätzlich können aber alle psychosomatischen Krankheitsbilder auf die Relevanz von Lebensereignissen überprüft werden, da sich dieser Ansatz an unspezifische psychophysiologisch orientierte Pathogenesekonzepte anschließt (65).

Zum Zwecke der Quantifizierung der notwendigen Anpassungsleistungen infolge von Lebensereignissen sind in den letzten Jahren standardisierte Erhebungsinstrumente entwickelt worden (35, 74), die es erlauben, Personen entsprechend ihrer Anfälligkeit einzuordnen. Grundlage dieser Instrumente ist eine Rangordnung der belastenden Ereignisse je nach ihrer Wichtigkeit. So wird dem wichtigsten Ereignis der höchste Punktwert zugeordnet und einem weniger wichtigen ein geringerer Punktwert. Die Punkte werden als "life-change-unit" aufgefaßt. Eine gewisse Summe dieser Einheiten läßt sich als Anfälligkeitsgrenze bestimmen. Eine hohe Punktzahl bedeutet dementsprechend, insbesondere wenn sie jenseits der Anfälligkeitsgrenze liegt, eine Gefahr für die Gesundheit der befragten Person.
In der deutschsprachigen Literatur wird zwar oft auf die Bedeutung der psychosozialen Faktoren beim Ausbruch der psychosomatischen Krankheiten - hier speziell des Ulkus - hingewiesen (43, 52, 53), es fehlt aber in den bisherigen Untersuchungen eine ausführliche Behandlung des Aspekts "Lebensverändernde Ereignisse und Ulkus". Dies liegt anscheinend daran, daß die vermuteten Auswirkungen solcher Ereignisse auf den Krankheitsausbruch erst in den letzten Jahren einen wichtigen Forschungsansatz in der Medizinischen Soziologie begründeten und daher die systematische Berücksichtigung dieser Zusammenhänge relativ neu ist. Psychosomatische Medizin wurde lange Zeit vorwiegend aus dem Blickwinkel der Psychoanalyse betrachtet. Selbst die Autoren, die psychosoziale Zusammenhänge im Bereich der psychosomatischen Medizin ausführlich behandelt haben, übersahen bisher die Bedeutung der Lebensereignisse bei der psychosozialen Ätiologie des Ulkus. Es fehlen deshalb grundlegende Untersuchungen zu einer Erklärung der Ulkuserkrankung bei Gastarbeitern aus biographischer Sicht.
Es ist schon eine Schwierigkeit, die Gastarbeiter in eine bestimmte Gesellschaftsschicht einzuordnen, sodaß man standardisierte Untersuchungsmethoden im Hinblick auf die Messung der Wirkungen der Lebensereignisse mit Vorsicht

auf eine wechselhafte Gruppe anwenden sollte. Die Verallgemeinerung der Ergebnisse von so einer Anwendung für die Gesamtgesellschaft der Bundesrepublik Deutschland oder eines anderen Landes wäre hier nicht angebracht. Daher legten wir auf die strikte Anwendung einer bestimmten Methode bei unserer eigenen Untersuchung weniger Wert und konzentrierten uns auf die Zusammenhänge zwischen verschiedenen sozialen und ökonomischen Bedingungen und der Ulkuserkrankung, darunter auf den Zusammenhang zwischen den angenommenen Lebensereignissen und dem Ulkus bei Gastarbeitern.

Zusammenfassung:
In Kapitel II wurde versucht, einen Überblick über die von einem psychosomatischen Verständnis der Ulkuserkrankung ausgehenden Literatur zu geben, wobei auch sozialmedizinische und medizinsoziologische Aspekte berücksichtigt wurden. Auf dieser Grundlage sollten die Fragestellung präzisiert und die Überlegungen für den empirirschen Teil der Untersuchung gebildet werden. Dabei wurden folgende Gesichtspunkte kurz bearbeitet:

1. Heutzutage können die psychosozialen Aspekte des Krank- bzw. Gesundseins als wichtiger Bestandteil der modernen Medizin betrachtet werden.
2. Die benachbarten Disziplinen Sozialmedizin, Medizinsoziologie und Psychosomatik ergänzen einander und kooperieren trotz ihrer unterschiedlichen Auffassung des Begriffs des Sozialen.
3. Der Vorteil, von medizinsoziologischer Seite an die Erklärung der als psychosomatisch bezeichneten Erkrankungen heranzugehen, besteht darin, daß die Forschungsmethoden sowie die wissenschaftliche Betrachtungsweise der Medizinsoziologie einem multikausalen und damit umfassenderen Ansatz besonders angemessen sind.

Wie bereits erwähnt, unterscheiden sich Sozialmedizin, Medizinsoziologie und Psychosomatik trotz der in verschiedenen Bereichen beobachtbaren Überschneidungen grundsätzlich

durch ihre unterschiedlichen Herangehensweisen. Die Sozialmedizin faßt den Begriff des Sozialen relativ eng und beschäftigt sich hauptsächlich mit Fürsorgetätigkeiten für chronisch Kranke, Problemen des Krankenversicherungswesens, Begutachtungsfragen und den gesundheitspolitischen Aufgaben des Staates; die Psychosomatik macht die psychische Seite des Individuums zum Schwerpunkt ihrer Untersuchungen; die Medizinsoziologie betrachtet die Beziehungen zwischen der Gesellschaft und Gesundheit bzw. Krankheit generell als ihren Gegenstand.

Wenn wir also den bis hier vorliegenden Literaturteil nochmals kurz überblicken, so können wir feststellen, daß bestimmte sozioökonomische Faktoren wie Beruf, Alter, Geschlecht, soziale Schicht usw. häufig von verschiedenen Autoren im Zusammenhang mit einer Ulkuserkrankung behandelt wurden. Es finden sich darin Thesen von der Art wie: "Ulkus ist eine Krankheit der unteren sozialen Schichten, der Inhaber mittlerer Positionen, des männlichen Geschlechts, von Bevölkerungsgruppen in Industrieländern" usw.

Der wichtigste Einwand gegen diese Formulierungen kommt von Pflanz, der bemerkt, daß diese Untersuchungen, die ihre Ergebnisse derart verallgemeinern, nicht ausreichend valide Methoden angewandt haben bzw. die Validität dieser Ergebnisse zweifelhaft sei (53).

So können die bisher vorliegenden Ergebnisse im Hinblick auf die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Voraussetzungen und der Ulkuserkrankung nur mit Vorsicht berücksichtigt werden. Dies widerlegt aber nicht, daß es zwischen den aufgeführten Merkmalen und dem Ulkus bestimmte Zusammenhänge geben könnte, da sein Einwand vorwiegend auf methodischen Überlegungen beruht. Umfassendere und gründlicher angelegte Untersuchungen könnten durchaus die genannten Thesen bestätigen. Für unsere Untersuchung scheint der Anspruch zu groß zu sein, diese offenen Fragen bestätigen oder widerlegen zu können, da der Stichprobenumfang dafür zu klein und eine längerfristige Überprüfung der Ergebnisse nicht möglich ist.

Kapitel III

Darstellung einer eigenen Untersuchung über die Ulkuserkrankung bei türkischen Gastarbeitern

3.1. Überlegungen zur Ulkuserkrankung bei türkischen Gastarbeitern

Aus der besprochenen Literatur ging hervor, daß die Entstehung der Ulkuserkrankung bis jetzt nicht eindeutig erklärt werden konnte. Die verschiedenen Theorieansätze regten zwar weitere Untersuchungen an und trugen zur Entwicklung umfassenderer Theorien wie z.B. der Multikausalitätstheorie bei, führten aber nicht zu einer einleuchtenden Erklärung der Entstehung der Ulkuserkrankung.
Inzwischen wird die Entstehung des Ulkus nur noch vereinzelt monokausal gedeutet. Die Interpretation der Ulkusgenese umfaßt sowohl die somatische Erklärung der naturwissenschaftlich orientierten Medizin als auch die Sichtweise der psychosomatischen Medizin, die von einer Störung des Gleichgewichtes zwischen aggressiven und defensiven Faktoren ausgeht.
In letzter Zeit ist bei der Betrachtung der Ulkusentstehung die psychosomatische Sichtweise in den Vordergrund getreten. Allerdings ist der Autor dieser Arbeit der Auffassung, daß eine rein psychosomatische Interpretation der Krankheitsgenese nicht ausreicht. Vielmehr müssen bei solchen gesellschaftlichen Gruppen wie den türkischen Gastarbeitern in der Bundesrepublik Deutschland die sozioökonomischen Hintergründe ihrer Situation stärker berücksichtigt werden. Daher werden hier die Ansätze als relevant betrachtet, die die oben aufgeführten Probleme der ausländischen Arbeiter einbeziehen. Hierzu soll der medizinsoziologische Erklärungsansatz von Siegrist herangezogen werden.
Nach diesem Ansatz sollen
1. Allgemeine Risikofaktoren im Hinblick auf die Ent-

stehung der Ulkuserkrankung,
2. chronische soziale Risikosituationen,
3. psychische Risikodispositionen und
4. akute lebensverändernde Ereignisse vor der Erkrankung berücksichtigt werden.

Dieser umfassendere Ansatz bietet mehr Möglichkeiten als andere Theorien, wenn man die Ulkuserkrankung bei den ausländischen Arbeitern im Zusammenhang mit ihrer besonderen Situation in der Bundesrepublik untersuchen will.
In dieser Arbeit sollen - unter Berücksichtigung der somatischen und psychischen Faktoren - die chronischen sozialen Belastungssituationen und die lebensverändernden Ereignisse, von denen diese Gruppe betroffen ist, schwerpunktmäßig bearbeitet werden.
Bisher waren Faktoren wie die Erhöhung der Säuresekretion im Magen und die Verminderung der Widerstandskraft der Schleimhaut, die im Rahmen des Konzepts des gestörten Gleichgewichts zwischen defensiven und aggressiven Mechanismen als allgemeine Risikofaktoren betrachtet werden, der häufigste Untersuchungsgegenstand bei der Erforschung der Ulkusätiologie. Die anderen Aspekte wie chronische soziale Risikosituationen, psychische Belastungssituationen, Vererbung und chemische Noxen wurden als zusätzliche Faktoren angesehen, die eine sekundäre Rolle bei der Pathogenese spielen. Hier ist darauf hinzuweisen, daß die bisherige Ulkusforschung die angeführten, d.h. organischen Risikofaktoren zugrundelegte, und die Einbeziehung solcher Aspekte wie lebensverändernde Ereignisse oder chronische soziale Belastungssituationen in der Forschung relativ neu ist.
Wie können nun diese neuen Forschungsaspekte spezifisch für die Gastarbeiter-Problematik bestimmt werden?
Eine chronische soziale Belastungssituation für die betroffene Gruppe ergibt sich zweifellos durch die (in der Regel) nicht gewünschte Auswanderung und die damit verbundene Trennung von der Heimat, von der Familie und von

anderen Bezugspersonen, sowie durch die Entwurzelung aus der gewohnten kulturellen Umwelt und durch die andersartigen Lebens- und Arbeitsbedingungen im Aufnahmeland. Schon die Auswanderung für sich allein genommen muß als ein lebensveränderndes Ereignis betrachtet werden, das den Gesundheitszustand der Arbeiter beeinflussen kann.
Die Kategorien "Lebensverändernde Ereignisse" und "chronische soziale Belastungssituationen" müssen also bei den ausländischen Arbeitern inhaltlich weitgehend anders gefüllt werden als bei einer deutschen Population.
Hier soll untersucht werden, in welchem Zusammenhang die Besonderheiten der sozioökonomischen Situation der türkischen Gastarbeiter mit der Ulkuserkrankung stehen. Dabei werden folgende Überlegungen in den Mittelpunkt gestellt:

1. Die türkischen Gastarbeiter sind für die psychosomatischen Magen-Darmerkrankungen deshalb besonders anfällig, weil sie aufgrund der Auswanderung gezwungen sind, nicht nur den ihnen in ökonomischer und sozialer Hinsicht vertrauten Lebensrahmen und ihre Familie zu verlassen, sondern sich auch an die fremdartigen Lebens- und Arbeitsbedingungen einer anders entwickelten und andersartigen Gesellschaft anzupassen.
2. Da die psychosomatischen Magen-Darmerkrankungen (insbesonders Ulkus duodeni) eher Erkrankungen des mittleren Lebensalters bzw. der in beruflicher Hinsicht wichtigen Lebensjahre sind, sind die türkischen Gastarbeiter durch ihre Altersstruktur in hohem Maße für diese Krankheit prädisponiert.
3. Ausgehend von der Hypothese, daß die Ulkuserkrankung bei Angehörigen der unteren sozialen Schichten am häufigsten vorkommt, ist zu vermuten, daß besonders die türkischen Gastarbeiter aufgrund ihrer sozialen Position für die Ulkuserkrankung anfällig sind.
   Die türkischen Arbeiter sind meist in den untersten sozialen Positionen beschäftigt und haben kaum Aufstiegsmöglichkeiten, auch wenn sie die beruflichen Vorausset-

zungen für höhere Positionen mitbringen. Höhere Positionen und angenehmere Arbeiten stehen nur den einheimischen Arbeitern offen, die Türken werden von den Betrieben gezielt davon ausgeschlossen.

4. Die körperlich besonders belastenden Arbeitsbedingungen, denen die türkischen Gastarbeiter ausgesetzt sind, und die oftmals damit verbundenen gesundheitlichen Risiken rufen ständige psychische Streßsituationen hervor und fördern somit die Entstehung von psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen.

5. Über die Arbeitsbedingungen hinaus wirken sich auch die diskriminierende Haltung seitens der Behörden und der einheimischen Bevölkerung als chronisch belastende Situation aus, wodurch möglicherweise die Entstehung der Ulkuserkrankung bei türkischen Gastarbeitern gefördert wird. Insbesondere die türkischen Arbeiter sind in verschiedenen sozialen Bereichen gegenüber der einheimischen Bevölkerung benachteiligt - z.B. beim Kindergeld für die in der Heimat lebenden Kinder.

6. Nicht nur die ökonomische und soziale Struktur der türkischen Gastarbeiter trägt zu chronischen Streßsituationen bei, sondern besonders auch ihre kulturelle Differenz zur deutschen (christlich geprägten) Bevölkerung. Dies bezieht sich nicht nur auf die direkte Ausübung der religiösen Gebräuche, sondern erstreckt sich bis in das Alltagsleben hinein.

Bei diesen Hypothesen ist zu berücksichtigen, daß die Ergebnisse dieser Arbeit wahrscheinlich durch die Tatsache modifiziert werden, daß die Gastarbeiter bereits in der Türkei nach gesundheitlichen Aspekten ausgesucht worden sind.

3.2. Methodische Probleme bei der Untersuchung

3.2.1. Probleme bei der Ausarbeitung des Fragebogens

An der Ausarbeitung des Fragebogens waren einige Studenten beteiligt, die diesen für eigene, im Rahmen von soziologischen bzw. medizinsoziologischen Diplom- und Dokterarbeiten angestellte Untersuchungen benötigten. Obwohl ihre Untersuchungen unterschiedliche Gegenstände und Fragenbereiche zum Inhalt hatten, konnten alle Teilnehmer trotz der unterschiedlichen Zielsetzungen von dieser Zusammenarbeit profitieren.
Für die deutschen Studenten war es eine Erleichterung, daß die Befragung von den türkischen Kommilitonen durchgeführt werden konnte. Auch abgesehen von den sprachlichen Problemen wäre es den deutschen Studenten wahrscheinlich schwer gefallen, mit derart in sich geschlossenen Gruppen Kontakt aufzunehmen und die für diese Befragung erforderlichen präzisen Antworten zu erhalten.
Auch die Formulierung des Fragebogens stellte ein Problem dar, da die einzelnen Merkmale im allgemeinen für alle Teilnehmer von Interesse waren und die verschiedenen Teilnehmer daher die auf das Merkmal bezogenen Fragen entsprechend ihrer jeweils unterschiedlichen Untersuchungsinteressen formulieren wollten. Deshalb mußten bei der Formulierung des Fragebogens Kompromisse eingegangen werden. Hierbei ging allerdings die Vergleichbarkeit mit den Fragebögen und Projekten des Instituts verloren. Aus diesem Grund sollte unsere Untersuchung vielleicht als eine Art Anfangsuntersuchung in diesem Bereich betrachtet werden.
Als wir mit der Ausarbeitung des Fragebogens begannen, verwendeten wir für unsere Untersuchung einen Fragebogen zur Erhebung der Sozialdaten und anderen Items wie z.B. lebensverändernder Ereignisse. Dieser Fragebogen war im Rahmen eines von Professor Siegrist geleiteten Herzinfarktprojektes des Medizinsoziologischen Instituts der Universität

Marburg erstellt worden. Es war geplant, unsere Untersuchung parallel zu dieser Herzinfarktstudie anzulegen und die Ergebnisse zu vergleichen. Wegen des Umfanges der Befragung, der divergierenden Interessen der an dieser Befragung Beteiligten und der Begrenztheit unserer finanziellen und zeitlichen Möglichkeiten reduzierten wir später unsere Ansprüche darauf, lediglich die psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen türkischer Arbeiter unter Berücksichtigung ihrer sozioökonomischen Situation in medizinsoziologischer Hinsicht zu untersuchen. Grundlage des Fragebogens blieb aber der Merkmalskatalog des o.g. Projektes des Instituts.

Schwerpunkt des medizinsoziologischen Teils des Fragebogens waren die externen und internen psychosomatischen Belastungssituationen, denen türkische Arbeiter in der Bundesrepublik ausgesetzt sind. Die externen Belastungssituationen wurden von mir und die internen von einem anderen Teilnehmer bearbeitet. In meinem Teil untersuchte ich einerseits die mit der sozioökonomischen Situation der türkischen Arbeiter zusammenhängenden Fragen, andererseits die für sie bestehenden Belastungssituationen, die als ulkusfördernd betrachtet werden. Auch die mit der physischen Umwelt zusammenhängenden Risikofaktoren wurden bei der Ausarbeitung des Fragebogens miteinbezogen.
Das Ziel war dabei, zu untersuchen, ob es einen Zusammenhang zwischen den berücksichtigten externen Belastungssituationen und dem Auftreten von als psychosomatisch bezeichneten Magen-Darm-Erkrankungen gibt, um so im Rahmen der multikausalen Betrachtung der Ulkusätiologie umfassendere und genauere Hypothesen ableiten zu können. Die Ergebnisse meines Teils sollten dann mit der Untersuchung, deren Ausgangspunkt die internen Belastungssituationen sind, verglichen und überprüft werden.
Nachdem eine Einigung über Umfang und Inhalt des Fragebogens erzielt worden war, mußten wir die Fragen entsprechend unserer Untersuchungsinteressen weiter kategorisieren. Unser Hauptinteresse war dabei, die Fragen möglichst in geschlos-

sener und quantifizierbarer Form zu stellen.
Die Übersetzung des Fragebogens ins Türkische sowie die Befragung selbst führte ich mit einem anderen türkischen Teilnehmer durch.
Die Ausarbeitung des Fragebogens nahm viel Zeit in Anspruch, weil die einzelnen Teilnehmer aufgrund ihrer jeweiligen Untersuchungsziele auf viele Fragen nicht verzichten konnten. Wir einigten uns auf einen Fragebogen, der für die Beantwortung noch immer eine halbe Stunde Zeit forderte.
Beim Pretest, den wir in einer anderen kleinen Industriestadt, in der viele türkische Arbeiter leben, durchführten, stellten wir fest, daß die Arbeiter auch bei kurzen Fragen zu relativ langen Antworten neigten und vermieden, Fragen zu beantworten, die ihnen zu persönlich erschienen. So waren wir zu einer weiteren Verkürzung des Fragebogens gezwungen.

3.2.2. Durchführung der Befragung

In der Befragung sollte eine gesunde Gruppe einer Ulkusgruppe gegenübergestellt werden, damit die eventuell bestehenden Zusammenhänge zwischen psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen und Arbeits- bzw. Lebensbedingungen der türkischen Arbeiter in der Bundesrepublik dargestellt und interpretiert werden.
Für die Gesundengruppe wählten wir aus der Kartei des Arbeitsamtes Stadt Allendorf als gesund angenommene türkische Arbeiter aus. Für die Ulkusgruppe griffen wir auf die in der Kartei der Medizinischen Poliklinik Marburg vorhandenen türkischen Patienten zurück.
Die Kartei des Arbeitsamtes Stadt Allendorf enthielt insgesamt die Adressen von 1500 Türken. Ab einer ausgelosten Anfangsnummer wurde jede zehnte Karte gezogen. Auf diese Weise entnahmen wir 150 Adressen. Von diesen schlossen wir die Adressen der Frauen und der Personen, die nicht Arbeiter waren, aus.

Die Frauen wurden nicht in unsere Befragung miteinbezogen, weil die überwiegende Mehrheit der türkischen Arbeitnehmer in unserem Untersuchungsbereich männlich war und die Zahl der Frauen nicht ausreichte, um eine hinreichend große Patienten- oder Kontrollgruppe zu bilden. Außerdem schien uns die Befragung der männlichen türkischen Arbeiter leichter durchführbar als die der türkischen Frauen, weil diese sehr abhängig von ihren Ehemännern sind. Durch den Ausschluß der o.a. Personen hatten wir auch den Vorteil einer hinsichtlich des Geschlechtes homogenen Gruppe.
Da einige Arbeiter, deren Adressen wir in unserer Liste hatten, nicht mehr im Untersuchungsgebiet wohnten, mußten wir uns auf eine Auswahl von 60 Arbeitern beschränken. Bei diesen 60 Arbeitern handelte es sich also um 4% der in der Kartei des Arbeitsamtes geführten türkischen Arbeitnehmer. Wir hatten vor, diese Gruppe als Kontrollgruppe zu betrachten, doch stellte sich heraus, daß ein Viertel dieser Arbeiter unter Magen-Darm-Erkrankungen litt. Diese kranken Personen sonderten wir aus und fügten sie der Ulkusgruppe der Medizinischen Poliklinik zu.
Bei den Erkrankungen sowohl der Personen aus der Poliklinikgruppe als auch der Personen aus der Gruppe des Arbeitsamtes handelte es sich nicht durchweg um Magenulkus, sondern auch um Duodenal-Ulkus, Gastritis und um verschiedene Arten von Erosionen im Magen-Darm-Bereich. Da es nicht möglich war, eine ausreichende Anzahl von Personen mit Magenulkus zu finden, berücksichtigten wir alle genannten Erkrankungen im Rahmen der psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen.
Insgesamt befragten wir 80 Personen. Davon wurden 35 als Patienten und 45 als Gesunde (Kontrollgruppe) betrachtet.

Die Bedingungen der Befragung waren bei der Patienten- und Kontrollgruppe relativ gleich.
Es fiel uns auf, daß die mündliche Befragung mögliche Antwortverweigerungen reduzierte. Allerdings war es sehr

schwierig, die Arbeiter, die angesprochen werden sollten, allein anzutreffen. Oft mischten sich ihre Freunde und Bekannten ein, denen nicht leicht zu erklären war, daß nur bestimmte Personen befragt werden sollten. Hinzu kam, daß die Befragten uns nicht nur als Interviewer sahen, sondern als Menschen, die auf die Probleme einer an den Rand der Gesellschaft gedrängten Gruppe eingehen und denen sie ihre Schwierigkeiten darstellten könnten.
Im allgemeinen hatten die Arbeiter keine Vorstellung von einer wissenschaftlichen Befragung. Auf den ersten Blick hielten sie uns deshalb geegentlich für Versicherungsvertreter oder Verkäufer, von denen sie relativ häufig besucht werden. Das daraus resultierende Mißtrauen beeinträchtigte manchmal die optimale Durchführung unserer Befragung. Vereinzelt kam es auch vor, daß die Befragten uns überhaupt nicht anhören und verstehen wollten. Daneben gab es Arbeiter, die sich uns gegenüber abzusichern versuchten, indem sie sich nach unseren Namen erkundigten und sich die Ausweise zeigen ließen. Erst danach waren sie zu einer Antwort bereit. Auffallend war auch, daß besonders alleinstehende Personen mißtrauisch waren und nicht diejenigen, die mit ihren Familien zusammenwohnten. Weiter war bemerkenswert, daß es unter den Alleinstehenden Personen gab, die deutliche Anzeichen von Angst bei der Befragung zeigten. Beim Pretest begegneten wir z.B. einer Person, die, nachdem wir unser Vorhaben dargestellt hatten, zu zittern anfing, ohne uns zu verstehen, einfach die Antwort verweigerte.
In den Gesprächen, die sich im Zusammenhang mit der Untersuchung ergaben, wollten die Arbeiter insbesondere politische und religiöse Fragen diskutieren. Zudem versuchten sie, unsere politische Einstellung zu erfahren. Doch wir vermieden strikt jede politische Diskussion, um den Verlauf der Befragung nicht negativ zu beeinflussen.
In zeitlicher Hinsicht war es ein Problem, daß jeder Arbeiter, den wir besuchten, uns zum Kaffee oder Tee einlud

und darauf bestand, neben den im Fragebogen angeschnittenen Fragen auch weitere Probleme zu diskutieren. Bei diesen Gesprächen ging es vor allem darum, daß wir verschiedene in Deutsch verfaßte Verträge, Antragsformulare und Quittungen ausfüllen und übersetzen sollten.
Die Arbeiter, bei denen Magen-Darm-Erkrankungen diagnostiziert worden waren, hatten eine positivere Einstellung gegenüber der Durchführung der Befragung und waren somit leichter anzusprechen als die Personen der Kontrollgruppe. Allerdings waren die Patienten während der Befragung oft aufgeregt, scheu und zurückhaltend. Erröten, Schweißausbrüche und zitternde Hände waren oft zu beobachten.

3.2.3. Auswertung der erhobenen Daten

Zuerst berechneten wir die Häufigkeiten des Auftretens der berücksichtigten Merkmale und dann die eventuell vorhandenen Zusammenhänge zwischen diesen Merkmalen und der Ulkuserkrankung der türkischen Arbeiter. Hierzu verwendeten wir die "Prüfung der Signifikanz des Unterschiedes zwischen Prozentwerten (|U|)" und dem Chi-Quadrat (χ^2)-Test. Soweit Zusammenhänge zwischen den geprüften Merkmalen und der Ulkuserkrankung bestanden, wurden weitere Korrelationsrechnungen vorgenommen, um die Stärke dieser Zusammenhänge genauer darstellen zu können. Hierfür wurde im allgemeinen der Phi-Koeffizient als Kriterium genommen. Chi-Quadrat- und |U|-Werte zeigen lediglich, ob es überhaupt einen Zusammenhang zwischen den getesteten Werten gibt. Bei den |U|-Werten wurden die Werte unter |U| = 1,96, beim Chi-Quadrat-Test die Werte unter χ^2 = 3,84 (beide Werte entsprechen einer 5%igen Irrtumswahrscheinlichkeit) als nicht signifikant betrachtet. Die gebildete Nullhypothese, in unserem Fall, daß die Unterschiede zwischen Patienten- und Kontrollgruppe in bezug auf die Häufigkeiten der berücksichtigten Merkmale auffällig sind, wurde je nach Rechenergebnis angenommen oder verworfen. Wurde die Hypothese

verworfen, so galt die Alternativhypothese, in diesem Fall, daß die Unterschiede in einem signifikanten Zusammenhang mit den berücksichtigten Merkmalen stehen, als richtig. Für die Prüfung der Zusammenhänge wurden folgende Tafeln und Formeln verwendet:

Alternative	PG n_1	KG n_2	Zeilensumme
Alternative 1 (+)	a	b	a + b
Alternative 2 (-)	c	d	c + d
Summenspalte	a+b	b+d	a+b+c+d=n

Zu den dazugehörigen Berechnungen legte ich die folgenden Formeln zugrunde[+]:

1. $U = \frac{|P_1 - P_2|}{\sqrt{pq}} \cdot \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n_1 + n_2}}$

2. χ^2_{α} ; $f = \frac{(|ad - bc| - \frac{n}{2})^2 \cdot n}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$

3. $\Phi = \frac{bc - ad}{\sqrt{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}}$

Für die Umwandlungen der Werte zueinander wurden folgende Zusammenhänge berücksichtigt:

$|U|^2 = \chi^2$ wenn $f = 1$

$\Phi^2 = \frac{\chi^2}{n}$

Die Erklärungen der Ausdrücke befinden sich auf der nächsten Seite.

[+] Siehe z.B. H. Ebner: Grundlagen der Statistik, 1972, S.227-259

Erklärung der Ausdrücke:

P_1 = Wahrscheinlichkeit des Auftretens des Merkmals bei den Patienten

P_2 = Wahrscheinlichkeit des Auftretens des Merkmals bei der Kontrollgruppe

P = Wahrscheinlichkeit des Auftretents des Merkmals bei den Patienten und bei der Kontrollgruppe

q = 1 - P

n_1 = PG (Patientengruppe) = 35

n_2 = KG (Kontrollgruppe bzw. gesunde Türken) = 45

n = Stichprobenumfang = 80

α = Irrtumswahrscheinlichkeit

f = Freiheitsgrad

a,b,c,d = Häufigkeiten, mit denen die Felder besetzt sind

Zur Bildung der Summenindizes wurde auf folgende Merkmale Bezug genommen:

A. Belastungen durch lebensverändernde Ereignisse (EVENTS)

- Wechsel des Arbeitsplatzes
- Betriebswechsel
- Auf- oder Abstieg
- Arbeitslosigkeit
- Umzüge in die Bundesrepublik Deutschland
- Verletzung oder Unfall
- Schlimmes Ereignis (Katastrophenerlebnis)
- Enttäuschung durch wichtige Person
- Ende einer wichtigen Freundschaft
- Tod eines Familienangehörigen bzw. näheren Verwandten
- Schwere Krankheit oder Operation

B. Arbeitsbelastungen (BELARB)

- Akkordarbeit
- Schichtarbeit
- Körperliche Anstrengung
- Hohe und ständige Konzentration
- Schmutz

- Hitze
- Lärm
- Fließbandarbeit
- Hohes Arbeitstempo
- Unfallgefahr

C. Belastungen durch Wohnbedingungen (BELWO)

- Wohnunzufriedenheit
- Auskommen mit deutschen Nachbarn
- Zimmer- und Bewohnerzahl

D. Ausprägung ulkusfördernder Gewohnheiten (ULFOEGE)

- Nichtgewöhnung an deutsches Essen
- Übermäßig heiße oder kalte Speisen
- Schnelles (langsames) Essen
- Alkoholkonsum
- Übermäßiger Tee- oder Kaffeekonsum
- Rauchen

Tabelle 4: Punktwerte und Dichotomisierungsgrenzen bei Summenindizes

Indizes	maximale Punktwerte	Alternativen gering	hoch
EVENTS	26	0-3	4-26
BELARB	12	0-7	8-12
BELWO	5	0-2	3- 5
ULFOEGE	7	0-3	4- 7

In dieser Tabelle wurde für die Festlegung der Dichotomisierungsgrenzen bei den Summenindizes eine bestimmte Anzahl von Punkten als Belastungsniveau genommen. So wurden für den Index "EVENTS" mehr als drei Punkte als hohe Belastung betrachtet, weniger als drei Punkte wurden als unbedeutend angesehen. Die Zusammenhänge zwischen den hohen Belastungen und der Ulkuserkrankung wurden mit dem Chi-Quadrat-Test überprüft. Die Ergebnisse dieser Prüfungen werden in Teil 3.4 dieses Kapitels dargestellt.

3.3. Überblick über die sozioökonomische Situation der befragten Arbeiter unter Berücksichtigung ihrer Ulkuserkrankung

3.3.1. Altersstruktur der befragten Arbeiter

Bereits im Literaturüberblick habe ich darauf hingewiesen, daß das Durchschnittsalter der ausländischen Arbeiter - auch der türkischen - niedriger ist als das der deutschen und ihre Altersstruktur daher die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung verringern müßte. Dies gilt auch für eine Erkrankung an Magenulkus, die verstärkt nach dem 40. Lebensjahr vorkommt. Ulkus duodeni dagegen tritt gehäuft im mittleren Lebensalter bzw. am Ende des Lebensabschnittes auf, in dem im allgemeinen die Entscheidungen über den beruflichen Erfolg fallen. Der Altersdurchschnitt der Befragten entsprach sowohl in der Patienten- als auch in der Gesundengruppe diesem mittleren Lebensalter. Um die Häufigkeiten der Verteilung der Altersgruppen eingehender untersuchen zu können und um Vergleichsmöglichkeiten zu erhalten, wurde folgende Tabelle erstellt:

Tabelle 5: Altersstruktur der berücksichtigten Gruppen (in %)

Altersstruktur	Häufigkeiten (%)		
	n=35 (PG) $\bar{x}$= 37,49	n=45 (KG) $\bar{x}$= 35,20	n=80 (Ges.) $\bar{x}$= 37,12
Bis - 25	2,9	8,9	6,3
26 - 30	0,0	6,7	3,8
31 - 35	37,1	35,6	36,3
36 - 40	45,7	33,3	38,8
41 - 45	2,9	11,1	7,5
46 und mehr	11,4	4,4	7,5
	100,0	100,0	100,0

3.2.2. Schichtzugehörigkeit der befragten Arbeiter

3.2.2.1. Berufliche Stellung der befragten Arbeiter

Die überwiegende Mehrheit der von uns befragten Arbeiter war in der Metallindustrie beschäftigt, und zwar zum größten Teil als ungelernte Arbeiter selten als Facharbeiter oder Meister. Das heißt allerdings nicht, daß diese Arbeiter ohne berufliche Ausbildung nach Deutschland kamen. Viele der Befragten hatten in der Türkei eine Berufsschule oder eine betriebliche Ausbildung absolviert, fanden jedoch in der Bundesrepublik Deutschland nur eine Beschäftigung als Hilfsarbeiter.

Tabelle 6: Die Verteilung auf Wirtschaftsbranchen (in %)

BRANCHE	PG (n=35)	KG (n=45)	GESAMT (n=80)
Metall	88,2	86,7	87,3
Textil	8,8	4,4	6,3
Andere	2,9	8,9	6,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Die von uns befragten Arbeiter waren größtenteils in Eisengießereien tätig. Bei der Arbeit in diesen Betrieben handelt es sich um schwere, körperlich anstrengende Tätigkeiten. Meist wird im Akkord gearbeitet, was eine hohe Konzentration erfordert und das Unfallrisiko wesentlich erhöht. Hinzu kommen starke Zusatzbelastungen durch negative Umgebungseinflüsse in Form von Hitze, Lärm, Schmutz und schädlichen Stoffen.

Im Laufe der Jahre wurden für diese Tätigkeiten, deren physische Belastung äußerst groß ist und die zu einem frühzeitigen Verbrauch der Arbeitskraft führt, in steigendem Umfang ausländische Arbeiter eingestellt. Gegenwärtig sind nur wenige deutsche Arbeiter in diesen Betrieben zu finden, nur die Vorarbeiter- und Meisterpositionen sind von Deutschen besetzt.
Da die Beschäftigung ausländischer Arbeitskräfte aus verschiedenen Ländern Konflikte mit sich bringen kann und auch höhere Aufwendungen erforderlich macht (Dolmetscherkosten etc.), besteht von seiten der deutschen Firmenleitungen ein Interesse an der Beschäftigung national homogener Gruppen. So werden in den oben erwähnten Eisengießereien in großem Maße Türken beschäftigt. Bevorzugt wurden Personen aus ländlichen Gebieten der Türkei angeworben. Ein Betriebsleiter vertrat im Gespräch mit uns hierzu die Meinung, Arbeiter aus solchen Gebieten hätten eine geringere Bereitschaft zu innerbetrieblichen Konflikten und zum Streik, seien fleißig und fügten sich leicht ein.
Da Personen aus ländlichen Gebieten bevorzugt wurden, gaben manche türkischen Facharbeiter und Meister bei der Anwerbung nicht ihre tatsächliche berufliche Ausbildung an. Dies in der Absicht, die Chance zu erhöhen, in der Bundesrepublik Deutschland einen Arbeitsplatz zu bekommen, auch wenn es sich nur um eine Hilfsarbeiterstelle handelte. Bei unserer Befragung erzählten sie allerdings, daß sie in der Türkei als Schneidermeister, Mechaniker etc. tätig gewesen waren.
Insgesamt hatte ein Drittel der Befragten in der Türkei landwirtschaftliche Tätigkeiten ausgeübt, wobei dieser Anteil in der Gesundengruppe wesentlich höher lag. Umgekehrt war der Anteil der Handwerker, Händler und Industriearbeiter in der Krankengruppe auffällig höher. Die Häufigkeiten ihrer Tätigkeitsbereiche in der Heimat wurden wie folgt angegeben:

Tabelle 7: Tätigkeitsbereiche der befragten Arbeiter in ihrer Heimat (in %)

BRANCHE	PG n_1=35	KG n_2=45	GESAMT n=80
Landwirt	22,9	42,2	33,8
Handwerker, Händler	34,3	24,4	28,8
Industriearbeiter	31,4	20,0	25,0
Im Dienstl.-bereich tätig	8,6	8,9	8,8
Nicht berufstätig	2,9	4,4	3,8
Gesamt	100,0	100,0	100,0

$\alpha > 0{,}05$ für die Unterschiede

Ihre berufliche Stellung in der Bundesrepublik geben sie folgendermaßen an:

Tabelle 8: Berufliche Stellung der befragten Arbeiter in der Bundesrepublik (in %)

BERUFL. STELLUNG	PG n=35	KG n=45	GESAMT n=80
Hilfsarbeiter	82,9	88,9	86,3
Angelernte bzw. Facharbeiter	17,1	4,4	10,0
Meister	-	6,7	3,8
Gesamt	100,0	100,0	100,0

$\alpha > 0{,}05$

In der letzten Tabelle haben wir die befragten Arbeiter nach ihrer beruflichen Position in drei Gruppen aufgeteilt. Auf den ersten Blick schien die mittlere Gruppe (angelernte bzw. Facharbeiter) für die Ulkuserkrankung anfälliger zu ein, die Berechnungen ergaben jedoch, daß diese unterschiedlichen Häufigkeiten zufällig sein können ($\alpha > 0{,}05$).

Die Überlegung "Ulkus kommt häufiger bei den unteren sozialen Schichten vor" konnten wir bei unserer Untersuchung nicht bestätigt finden. Allerdings kann die schichtenmäßige Einordnung der türkischen Arbeiter in die deutsche Sozialstruktur nicht an deren vorläufigen innerbetrieblichen Positionen als einzigem Kriterium festgemacht werden. Falsch wäre es auch, die in der Bundesrepublik arbeitenden Türken einfach der untersten Schicht zuzuordnen, wie es in Untersuchungen deutscher Autoren vielfach üblich ist. Innerhalb der Gruppe der türkischen Arbeiter gibt es eine soziale Schichtung, die auf dem Einkommen, der Ausbildung, der beruflichen Position und den im Heimatland vorhandenen Vermögenswerten beruht. Diese interne Schichtung entspricht nicht der Sozialstruktur der deutschen Gesellschaft. Insbesondere der Umfang des in der Türkei vorhandenen Eigentums bedingt soziale Unterschiede zwischen den türkischen Arbeitern. Manche Arbeiter besitzen in der Türkei Läden, Grundstücke, Wohnungen, Lastwagen und sind daher, sieht man sie als Mitglieder der türkischen Gesellschaft, als Angehörige des Kleinbürgertums zu betrachten. Ein großer Teil der türkischen Arbeiter hat vor, nach der Rückkehr mit dem in der Bundesrepublik gesparten Geld in eine derartige sozioökonomische Position aufzusteigen. Deshalb scheint es verfehlt, die türkischen Arbeiter insgesamt auch hinsichtlich ihrer sozialen Position innerhalb der deutschen Gesellschaft der untersten Schicht zuzuordnen.

Häufige oder außergewöhnlich einschneidende Situationen des beruflichen Auf- und Abstiegs werden in unserer Arbeit auch unter der Kategorie "lebensverändernde Ereignisse" berücksichtigt. Deshalb werden sie später nochmals behandelt werden. Hier sollen bedeutsame Dimensionen dieses Problembereichs und ihr Verständnis bei den türkischen Arbeitern kurz dargestellt werden.

Unter dem Aufstieg verstanden die Befragten oft eine Sonderposition unter den anderen Arbeitern, wie etwa Betriebsrats- oder Dolmetschertätigkeit, die für sie ein höheres Prestige und zusätzliche Einnahmequellen bedeuten. Bessere Deutschkenntnisse sind die wichtigsten Voraussetzungen für eine solche Sonderstellung.

Derartige Aufstiegspositionen hielten in unserer Untersuchung Ulkuspatienten häufiger besetzt als Gesunde, was wohl auf das bei den Ulkuspatienten stärker ausgeprägte Streben nach beruflichem Erfolg zurückzuführen ist. Man kann also vermuten, daß sie eher bewußte und intensive Anstrengungen zu einem sozialen Aufstieg unternommen haben als andere. Diese führen jedoch wegen der bestehenden juristischen Bestimmungen selten zum Erfolg. Das letztere kann als zusätzlicher Verstärker der Belastungen aufgefaßt werden, die aus der ruhelosen und entspannungsfeindlichen Lebensweise infolge Aufstiegsorientierung ohnehin resultieren.

Die Erlangung von Meister- bzw. Vorarbeiterpositionen ist für türkische Arbeiter in der Regel nicht möglich, da die Personalpolitik der Betriebe dies verhindert. Man könnte sogar sagen, daß sie eine bewußte Politik zur Erhaltung der türkischen Arbeiter in den untersten Positionen und an den schwersten Arbeitsplätzen führen. Deshalb kommen berufliche Aufstiege türkischer Arbeiter kaum vor; sie sind über Jahre hinweg als Hilfsarbeiter beschäftigt.

Interessant war, zu erfahren, daß selbst qualifizierte türkische Arbeiter, die in deutschen Betrieben beschäftigt waren und große Anstrengungen für einen beruflichen Aufstieg unternahmen, kaum Erfolg hatten.

Auch die Auswirkungen dieser fast völligen Verhinderung beruflicher Aufstiegsprozesse oder sogar des beruflichen Rückstufens auf ihr Prestige bei Einheimischen müssen in Betracht gezogen werden: die türkischen Arbeiter werden in der deutschen Gesellschaft als Personen gesehen, die nur für schwere, schmutzige und von den Deutschen abgelehnte Tätigkeiten eingesetzt werden können. So wird die Arbeit in den Gießereien von der deutschen Bevölkerung als eine Art "Türkenarbeit" betrachtet. Ihr wird ein sehr geringes Prestige zugeschrieben.

Ein besonders angestrebter Aufstiegsweg ist die Genehmigung für freie Gewerbeausübung in den Bereichen des Handwerks und des Handels. Dies wird als ein Privileg von denjenigen Türken verstanden, die irgendwie eine Lücke in den diskriminierenden Bestimmungen zu ihren Gunsten ausnutzen konnten. Die Gewerbeausübung bedeutet also für sie eine echte Chance zur Befreiung von der Arbeit am Hochofen und die Möglichkeit zu Wohlstand und Ansehen.Sie ist allerdings durch rechtliche Bestimmungen für die Arbeiter außerhalb der EG sehr beschränkt, was die türksichen Arbeiter zu den Hauptbetroffenen dieser Regelung macht.

Aus der nachfolgenden Tabelle wird ersichtlich, daß die befragten Arbeiter insgesamt nur ein geringes Ausmaß an vertikaler Mobilität aufweisen:

Tabelle 9: Auf- oder Abstieg der befragten Arbeiter (in %)

AUF- oder ABSTIEG	PG $n_1=34$	KG $n_2=43$	GESAMT n=77
Ja	17,6	9,3	13,0
Nein	82,4	90,7	87,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

($|U| = 1,08 < 1,96$)

Betrachtet man die Problematik der Aufstiegsmöglichkeiten insgesamt, so kann man die Schlußfolgerung ziehen, daß diejenigen Arbeiter, die hinsichtlich ihres beruflichen Erfolges hohe Ansprüche an sich stellen, deren Verwirklichung aber aufgrund der in der Bundesrepublik Deutschland für ausländische Arbeiter herrschenden Bedingungen kaum möglich ist, einer chronischen psychosozialen Belastung ausgesetzt sind.
Ein anderer Belastungsfaktor, der insbesondere ausländischen Arbeitern eigen zu sein scheint, ist der häufige Wohnungswechsel innerhalb oder zwischen den Wohnorten. Die Arbeiter, die häufig umziehen, suchen entweder nach einem neuen, besseren Arbeitsplatz oder wollen in der Nähe von Verwandten der Freunden wohnen, die als Einwanderer bereits anderswo ansässig sind.
Das Ausmaß geographischer Mobilität wird für unsere Stichprobe in der folgenden Tabelle dargestellt. Auf den Zusammenhang zwischen Mobilität als Belastungssituation und der Ulkuserkrankung kommen wir wieder zurück.

Tabelle 10: Die Häufigkeiten der Umzüge der befragten Arbeiter (in %)

UMZÜGE (Anzahl)	PG n_1=35	KG n_2=45	GESAMT n=80
0	22,9	31,1	27,5
1	20,0	44,4	33,8
2	34,3	8,9	20,0
3 und mehr	22,9	15,6	18,8
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Wie aus der Tabelle über die Ulkushäufigkeit deutlich wird, ist die horizontale Mobilität der türkischen Gastarbeiter insgesamt auffällig stark ausgeprägt, und zwar bei der Patientengruppe noch duetlich stärker als bei der Gesundengruppe.

3.3.2.2. Einkommen der befragten Arbeiter

Als Einkommen bezeichneten wir lediglich den Nettoarbeitslohn und das Kindergeld. Die befragten Arbeiter gaben am häufigsten die Einkommenskategorie zwischen 1.400 DM und 1.800 DM an (39%), unter 1.400 DM verdienten 29,9% und über 1.800 DM erhielten 31,2%. Bei den Einkommen über 1.800 DM handelte es sich entweder um zusätzliche Einkünfte aus der Berufstätigkeit eines weiteren Familienangehörigen (wie z.B. Ehepartnerin) oder aus Nebentätigkeiten am Wochenende bzw. in der Freizeit. Es fiel auf, daß der Anteil der Personen, die über DM 1.800 Monatseinkommen hatten, in der Patientengruppe höher war als in der Kontrollgruppe. Diese zusätzlichen Einkünfte hängen auch mit den höheren Ansprüchen der Ulkuspatienten zusammen. Der Anteil der Personen, die unter DM 1.400 Monatseinküfte haben, ist bei den Patienten entsprechend geringer als bei der Kontrollgruppe.

Das durchschnittliche Monatseinkommen betrug ca. DM 1.600, ein Verdienst, der im allgemeinen als zufriedenstellend empfunden wurde.

Tabelle 12: Einkommen (Nettoarbeitslohn und Kindergeld) der befragten Arbeiter im Monat in DM

EINKOMMENSNIVEAU	PG n=34	KG n=43	GESAMT n=77
Bis 1.400	20,6	37,2	29,9
1.401 - 1.800	38,2	39,5	39,0
1.801 - 2.200	8,8	11,6	10,4
Mehr	32,4	11,6	20,8
Gesamt	100,0	100,0	100,0

($|U| = 2,23 > 1,96$; $\alpha > 0,05$)

3.3.2.3. Ausbildung der befragten Arbeiter

Die befragten Arbeiter hatten größtenteils (71,3%) lediglich die Volksschule absolviert, nur vereinzelt trafen wir auf Real- oder Berufsschüler sowie auf Abiturienten. Der Anteil derjenigen, die keine Schule besucht hatten, lag bei 11,2%. Da Bewerber ohne Schulabschluß eigentlich nicht ausreisen durften, schien uns dieser Prozentsatz unerwartet hoch. Wir erklärten ihn zum einen mit den Aufnahmebedingungen der zuständigen Betriebe vor dem Anwerbestopp. Zu dieser Zeit durften nämlich Türken eingestellt werden, die als Touristen auf eigene Initiative nach Deutschland gekommen waren. Zum anderen hängt er wohl mit für die Bevölkerung von Erdbebengebieten getroffenen Ausnahmeregelungen zusammen. Bewerber aus diesen Gebieten wurden nämlich zeitweise ohne die üblichen Voraussetzungen ins Ausland geschickt.
Unter den Patienten gab es eine etwas höhere Rate an Analphabeten als bei der Kontrollgruppe.

Tabelle 13: Schulausbildung der befragten türkischen Arbeiter (in %)

SCHULART	PG n_1=35	KG n_2=45	GESAMT n=80
Keine	14,3	8,9	11,2
Volksschule	74,3	68,9	71,3
Realschule	2,9	15,6	10,0
Gymnasium	2,9	2,2	2,5
Berufsschule	5,7	4,4	5,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

In die Betrachtung des Ausbildungsniveaus der türkischen Arbeiter wurden die deutschen Sprachkenntnisse miteinbezogen. Im allgemeinen waren diese sehr gering und reichten nicht einmal aus, um die im alltäglichen Leben auftretenden Probleme (z.B. mit Behörden) zu lösen.
Das Niveau der Deutschkenntnisse der Befragten wurde in drei Kategorien aufgeteilt: gut, gering, keine. In bezug auf die Sprachkenntnisse ist die Differenz zwischen Patienten- und Kontrollgruppe nicht sehr groß. Man kann lediglich feststellen, daß der Anteil der Personen, die geringe Deutschkenntnisse haben, in der ersteren etwas höher liegt als in der letzteren.

($|U| = 1{,}23 < 1{,}96$; $\alpha > 0{,}05$)

Außerdem sollte nicht außer acht gelassen werden, daß die Angaben auf der Einschätzung der Arbeiter basieren und diese Einschätzungen subjektiv sein können.

Tabelle 14: Sprachkenntnisse der türkischen Arbeiter (in %)

DEUTSCHKENNTNISSE	PG $n_1=35$	KG $n_2=45$	GESAMT $n=80$
GUT	5,7	13,3	10,0
GERING	77,1	64,4	70,0
KEINE	17,1	22,2	20,0
GESAMT	100,0	100,0	100,0

3.4. Ulkusfördernde Faktoren für die Lebensbedingungen der befragten Arbeiter

3.4.1. Lebensverändernde Ereignisse (EVENTS)

Was in einer Gesellschaft als lebensveränderndes Ereignis gilt und welche Bedeutung ihm zugemessen wird, steht im Zusammenhang mit den jeweils in dieser Gesellschaft vorhandenen soziokulturellen Bedingungen. Daher können die in westlichen Industrieländern als lebensverändernd geltenden Ereignisse nicht von vornherein auch für Personen aus anderen Gesellschaften als bedeutende lebensverändernde Ereignisse betrachtet werden. Vor allem muß man berücksichtigen, daß dieselben Ereignisse von Personen aus nichtindustrialisierten Gesellschaften aufgrund eines dort andersartigen Gefüges von kulturellen Normen und Werten eine völlig andere Bewertung erfahren und deshalb auch nicht den gleichen Stellenwert haben.
So können einige Ereignisse, die von manchen Autoren aufgeführt werden wie z.B. Weihnachten, Verlust eines Haustieres, Adoption eines Kindes usw. für türkische Arbeiter gar nicht als lebensverändernde Ereignisse betrachtet werden, weil sie kaum vorkommen. Andere Ereignisse, die sowohl in Deutschland als auch in der Türkei auftreten können, haben in der einen Gesellschaft aufgrund kultureller Unterschiede einen ganz anderen Stellenwert als in der anderen. Deshalb sollten die für die türkischen Arbeiter bedeutsamen lebensverändernden Ereignisse im Zusammenhang mit deren eigenen kulturellen Voraussetzungen bestimmt werden.
Als entscheidendes lebensveränderndes Ereignis für die türkischen Gastarbeiter kann die Tatsache betrachtet werden, daß sie aufgrund der ökonomischen Schwierigkeiten in der Türkei für eine lange und im voraus nicht absehbare Zeit auswandern, sich von ihren Verwandten und Freunden und den ihnen vertrauten Lebensbedingungen trennen müssen und in

eine ihnen zunächst völlig fremdartige Gesellschaft verpflanzt werden. Mit diesem Vorgang, der für die Migranten eine Menge unerwarteter Schwierigkeiten mit sich bringt, können viele andere außergewöhnliche Ereignisse verbunden sein, wie z.B. Scheidung, Arbeitsunfähigkeit, Unfall u.a.

Oben wurde erwähnt, daß türkische Arbeiter bestimmte Ereignisse anders wahrnehmen bzw. deren Gewicht anders einschätzen als deutsche Personen. Deshalb können vermutlich auch im Hinblick auf die Krankheitsentstehung die Auswirkungen derselben lebensverändernden Ereignisse für Türken und für Deutsche nicht ohne weiteres gleichgesetzt werden, denn die kulturellen Voraussetzungen der Individuen und ihre Einstellungen gegenüber bestimmten Ereignissen beeinflußt auch deren Auswirkungen. Ein gläubiger Muslim z.B. darf - so jedenfalls gebieten es die religiösen Bestimmungen - bei einer Naturkatastrophe nicht schockiert oder traurig sein, er soll vielmehr Allah dafür danken, daß nicht ein noch schlimmeres Ereignis wie z.B. der Tod für ihn vorgesehen war.
Generell ist festzuhalten, daß, abgesehen von Ereignissen, die im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen stehen, von den befragten Arbeitern nur selten außergewöhnlich bedeutsame Ereignisse genannt wurden. Vereinzelt kam es vor, daß Arbeiter von Erdbeben oder von politischen Auseinandersetzungen betroffen waren. In welchem Umfang die untersuchten lebensverändernden Ereignisse bei den Befragten vorkamen, kann im einzelnen folgendermaßen zusammengefaßt werden:

1. Häufiger Arbeitsplatzwechsel

   Etwa dreiviertel der befragten türkischen Arbeiter war immer an demselben Arbeitsplatz beschäftigt gewesen. Die Gesunden wechselten ihren Arbeitsplatz häufiger als die Patienten. Allerdings ist zu bedenken, daß für die türkischen Arbeiter ein Arbeitsplatzwechsel nicht die gleiche Bedeutung hat wie für deutsche Arbeiter.

Da ich den Arbeitsplatzwechsel als Belastungsfaktor bewertet hatte, punktierte ich jeden Wechsel als Belastung. Ich hatte aber den Eindruck, daß einem Arbeitsplatzwechsel im allgemeinen keine Zwangssituation zugrundelag, sondern die türkischen Arbeiter aus der Hoffnung auf einen besseren Arbeitsplatz heraus selbst eine neue Stelle gesucht hatten. Für die Arbeiter stellt es eher eine Belastung dar, daß sie wegen der oft auf eine bestimmte Branche oder einen Betrieb begrenzten Arbeitserlaubnis an einen einmal erlangten Arbeitsplatz gebunden sind. Möglicherweise hätte nicht der Arbeitsplatzwechsel, sondern die feste Bindung an einen Arbeitsplatz als Belastungssituation interpretiert werden sollen. Obwohl der Unterschied zwischen Patienten- und Kontrollgruppe in bezug auf die Häufigkeit des Arbeitsplatzwechsels nicht besonders groß war, schienen uns Arbeiter mit festen Arbeitsplätzen anfälliger für die Ulkuserkrankung zu sein als die "Wechsler". Hierfür könnte die Unzufriedenheit mit diesem festen Arbeitsplatz ausschlaggebend gewesen sein (α = 13,6%).

2. Betriebswechsel

Auch ein Betriebswechsel sollte nicht als Belastungsfaktor gewertet werden, wenn dadurch ein besserer Arbeitsplatz erreicht werden könnte. In unserem Fall hatte jedoch kein Arbeiter durch einen Betriebswechsel seine Arbeitsbedingungen verbessern können. Die Enttäuschung darüber könnte hier eher als Belastungsfaktor betrachtet werden und nicht der Betriebswechsel selbst.
Der Anteil der Patienten, die häufig den Betrieb gewechselt hatten, war etwas höher als bei den Gesunden. Der Unterschied war allerdings nicht signifikant. (α =47,4%)

3. Berufswechsel

Etwa 33% der Arbeiter gaben einen Berufswechsel an. Dieser Prozentsatz war bei beiden Gruppen ungefähr gleich. (α = 0,83)

4. Auf- und Abstieg

Obwohl ein beruflicher Aufstieg für die türkischen Arbeiter schwierig ist, konnten manche Arbeiter doch bessere Positionen erreichen. Dabei ging es nicht um bedeutende Leitungsposten, sondern eher darum, unter den türkischen Kollegen Vorzugsstellungen einzunehmen oder gewerbliche Ausnahmegenehmigungen zu erhalten.
Bei der Patientengruppe ist der Anteil etwas höher als bei der Kontrollgruppe, doch der Zusammenhang ist nicht signifikant.(α = 15,9%)

5. Arbeitslosigkeit

Der Prozentsatz der Arbeiter, die einmal arbeitslos gewesen waren, war mit 17,5 relativ gering. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist nicht bedeutsam. (α = 15,9)

6. Häufige Umzüge in der Bundesrepublik Deutschland

Der Anteil der Arbeiter, die zwei- oder mehrmals umgezogen waren, war bei der Patientengruppe signifikant höher als bei der Kontrollgruppe:

(χ^2 = 7,54 > χ^2 0,05; 1 = 3,84; Φ = 0,31)

Mehrmalige Umzüge schienen somit zu den wichtigsten Belastungssituationen zu gehören. Die hohe Quote an Umzügen bei Patienten kann mit der Suche nach besseren Arbeits-

plätzen erklärt werden.

7. Verletzung oder Unfall

Etwa ein Drittel der Befragten gab Arbeitsunfälle bzw. Verletzungen an. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen ist nicht signifikant (α = 0,88).

8. Katastrophenerlebnis

Abgesehen von vereinzelt vorkommenden Erdbebenfällen war es relativ selten, daß die Befragten angaben, Katstrophensituationen erlebt zu haben. Insgesamt ist der geringfügige Unterschied bei der Nennung dieser Ereignisse zwischen Patienten- und Kontrollgruppe mit Zufall zu erklären (α = 0,91).

9. Enttäuschung durch wichtige Personen

Die Ulkuspatienten gaben etwas häufiger als die Gesunden an, von einer für sie wichtigen Person enttäuscht worden zu sein. Ich bin allerdings der Meinung, daß die türkischen Arbeiter auf solche Fragen nicht immer offen antworteten. Deshalb sind mehr Enttäuschungsfälle anzunehmen als angegeben wurden.

10. Ende einer wichtigen Freundschaft

Es kam relativ selten vor, daß die türkischen Arbeiter Freundschaften eingegangen sind, von deren Scheitern sie starkt betroffen hätten sein können.
Unterschiede bezüglich dieser Frage waren nicht bedeutsam (α = 0,77).

11. Tod eines Familienangehörigen bzw. eines näheren Verwandten

Personen aus der Ulkusgruppe gaben etwas häufiger den Tod eines oder mehrerer Familienangehörigen bzw. von näheren Verwandten an, jedoch war auch hier der Unterschied zwischen beiden Gruppen nicht signifikant. ($\chi^2 = 0,55; \alpha = 0,46$)
Für beide Gruppen fiel auf, daß der Anteil der Elternteile, die in einem Zeitraum von etwa zehn Jahren gestorben waren, relativ hoch lag (17,1%; 11,1%).

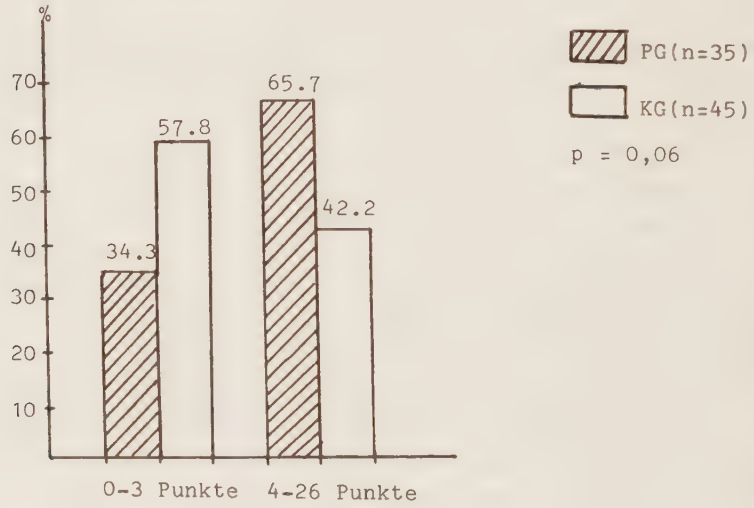
12. Schwere Krankheit oder Operation

Der Unterschied zwischen Ulkus- und Kontrollgruppe in bezug auf schwere Krankheiten oder Operationen war signifikant ($\chi^2 = 4,99; \alpha = 0,03$).
Bei diesen Krankheiten und Operationen wurden Magen-Darm-Erkrankungen nicht gezählt. Bei den anderen genannten Krankheiten handelte es sich hauptsächlich um Wirbelsäulenstörungen, Unfallfolgen, Gallenoperationen usw. Die Häufigkeit dieser Erkrankungen bzw. Operationen lag bei den Patienten auffällig höher, so daß vermutet werden kann, daß die durch diese Krankheiten entstehenden Belastungen möglicherweise die Ulkuserkrankung mitbedingt haben. Allerdings kann es sein, daß die Arbeiter manche Magen-Darm-Erkrankungen fälschlicherweise als andere Krankheiten bzw. Operationen (z.B. Gallenoperation) nannten. Aus diesem Grund sollte die für dieses Merkmal beobachtete Signifikanz mit Vorsicht berücksichtigt werden.

Betrachtet man nun alle im Index "Belastungen durch lebensverändernde Ereignise" zusammengefaßten Merkmale gemeinsam, so erhält man eine annähernde Signifikanz ($\alpha = 0,06 > 0,05$).

Somit war der Index "Lebensverändernde Ereignisse" der bedeutsamste aller berücksichtigten Indizes. Daß es keinen stärkeren Zusammenhang gab, kann mit der Subjektivität der Antworten der befragten Arbeiter sowie mit einer unzutreffenden Einschätzung der Auswirkungen mancher Ereignisse wie z.B. des Arbeitsplatzwechsels erklärt werden. Gleichwohl scheint es möglich, den Zusammenhang zwischen den Belastungswirkungen lebensverändernder Ereignisse und den psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen bei türkischen Gastarbeitern als signifikant zu betrachten.

Abbildung 5: Häufigkeiten lebensverändernder Ereignisse



Allerdings sollte berücksichtigt werden, daß die Arbeiter den Zeitpunkt der Ulkusentstehung nicht genau angeben konnten. Deswegen konnte der zeitliche Zusammenhang zwischen lebensverändernden Ereignissen und Ulkuserkrankung nicht in die Untersuchung mit einbezogen werden.

3.4.2. Belastungssituationen am Arbeitsplatz (BELARB)

Da die von uns befragten Arbeiter größtenteils in Gießereien beschäftigt waren, ging ich bei den Belastungssituationen am Arbeitsplatz vorwiegend von den dort herrschenden Arbeitsbedingungen aus. Als ulkusfördernde Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz wurden folgende Merkmale berücksichtigt:

1. Akkordarbeit

Es wurde bereits oben erwähnt, daß in der Metallindustrie bzw. in den Gießereien im allgemeinen im Akkord gearbeitet wird. Von den Befragten leisteten 68,8% Akkordarbeit, wobei der Unterschied zwischen den beiden Gruppen nicht signifikant war. Im Hinblick auf einen Zusammenhang mit der Ulkuserkrankung sollte möglicherweise eher die Höhe der Akkordsätze und die Frage, ob die Arbeiter diese Anforderungen als Belastung empfinden, betrachtet werden.

Tabelle 15: Häufigkeiten der Angaben über Akkordarbeit (in %)

ANGABEN ÜBER AKKORDARBEIT	PG n_1=35	KG n_2=45	GESAMT n=80
Akkord	77,2	62,2	68,8
Kein Akkord	22,8	37,8	31,2
Gesamt	100,0	100,0	100,o

2. Körperliche Anstrengung

Ein wichtiger Grund für den hohen Beschäftigungsanteil türkischer Arbeiter in Gießereien besteht darin, daß

diese eher als andere Gastarbeiter oder Deutsche bereit sind, schwere, körperlich anstrengende Tätigkeiten, die zu einem raschen Verschleiß der Arbeitskraft führen, anzunehmen. Von den Befragten gaben 73,8% schwere körperliche Anstrengungen an. Allerdings schienen die Patienten und die Gesunden die Schwere der Arbeit subjektiv unterschiedlich einzuschätzen.

3. Fließbandarbeit

Fließbandarbeit wurde von den Befragten selbst nicht als ein bedeutsamer Belastungsfaktor angesehen. Der Anteil der beiden Gruppen liegt mit ca 50% etwa gleich hoch.

4. Ständig hohe Konzentration

Die überwiegende Mehrheit der befragten Arbeiter (93,8%) gab an, an ihrem Arbeitsplatz ständig zu hoher Konzentration gezwungen zu sein, da die Unfallgefahr sehr groß ist und nur so die geforderten Akkordsätze erbracht werden können. Der ständige Zwang zu hoher Konzentration wurde sowohl von den Patienten (97,1%) als auch von den Gesunden (91,1%) genannt.

5. Schichtarbeit

Ebenso wie die Akkordarbeit wurde auch die Schichtarbeit als normaler Bestandteil einer Tätigkeit als Gastarbeiter betrachtet. Bei Anteilen von 88,6% und 85,5% war der Unterschied zwischen Patienten- und Kontrollgruppe nur geringfügig.

6. Lärm

Zwei Drittel der befragten Arbeiter sind an Arbeitsplätzen beschäftigt, an denen der Lärm als ständiger Belastungsfaktor betrachtet werden kann. Es war allerdings bemerkbar, daß manche Arbeiter vermeiden wollten, Angaben über so negative Faktoren wie Lärm zu machen. Sie wollten ihren Arbeitsplatz wohl besser darstellen als er tatsächlich war, weil für sie ihr eigenes Prestige mit ihrem Arbeitsplatz und auch mit den dort vorhandenen Arbeitsbedingungen zusammenhängt. Diese subjektive Einstellung sollte bei der Interpretation der Auswirkungen der Arbeitsplatzbedingungen nicht außer acht gelassen werden.

7. Schmutz

Es ist bekannt, daß an Gießereiarbeitsplätzen im allgemeinen mit der Einwirkung von Schmutz und verschiedenen schädlichen Stoffen zu rechnen ist. Von den befragten Arbeitern gaben zwei Drittel diesen Belastungsfaktor an, wobei die Antworten der beiden Gruppen nicht wesentlich unterschiedlich ausfielen.

8. Hitze

Hitze am Arbeitsplatz wurde von der Hälfte der Befragten genannt. Es fiel auf, daß die Patienten diesen Belastungsfaktor häufiger angaben als die Gesunden (62,9 : 44,4%).

9. Hohes Arbeitstempo

Im Hinblick auf das Merkmal "Arbeitstempo" ist der Unter-

schied zwischen Patienten- und Kontrollgruppe auffällig hoch (74,3% : 53,3%), so daß man bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 9,15% von einem relativ bedeutenden Zusammenhang sprechen kann.
Allerdings konnte man den Eindruck gewinnen, daß den Arbeitern kaum bewußt war, daß sie die Akkordsätze durch langsames bzw. schnelles Arbeiten auch selbst mitbestimmen. Interessant war, daß einige Arbeiter das Arbeitstempo als normal bezeichneten, während andere es als zu schnell und belastend empfanden. Hierfür wäre es nützlich, das Arbeitstempo unabhängig von der Einschätzung der Arbeiter festzustellen, um so den Zusammenhang mit der Erkrankung genauer untersuchen zu können.

10. Unfallgefahr

Es ist allgemein bekannt, daß die Arbeit in Gießereien mit einem ziemlich hohen Unfallrisiko verbunden ist. So gaben auch zwei Drittel der Befragten Unfallgefahren an. Dabei hatte ich den Eindruck, daß ihnen nicht ganz klar war, wie hoch die Unfallrisiken in Wirklichkeit sind. Die Angaben beider Gruppen unterschieden sich fast überhaupt nicht.

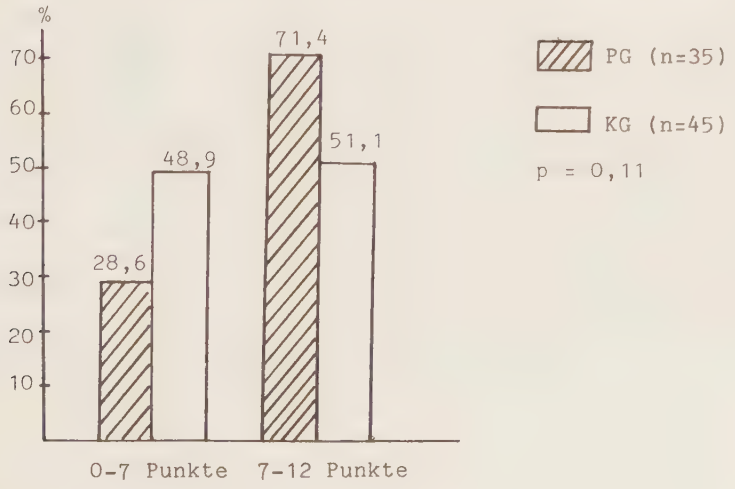
Die berücksichtigten Merkmale wurden sowohl einzeln als auch als Belastungssumme gerechnet:

Tabelle 16: Anteil der Arbeiter mit Belastungssituationen am Arbeitsplatz (in %)

Belastungsmerkmale am Arbeitsplatz	PG n_1=35	KG n_2=45	Gesamt n=80
1 Akkordarbeit	77,2	62,2	68,8
2 Körperl. Anstrengung	80,0	68,9	73,8
3 Hohe Konzentration	97,1	91,1	93,8
4 Schichtarbeit	88,6	84,5	86,3
5 Lärm	85,7	66,7	75,0
6 Schmutz	82,9	75,6	78,8
7 Hitze	62,9	44,4	52,5
8 Hohes Arbeitstempo	74,3	53,3	62,5
9 Fließbandarbeit	45,7	48,9	47,5
10 Unfallgefahr	74,3	75,6	75,0

Die Häufigkeiten der Belastungspunkte aus den Summenindizes wurden mit Hilfe der folgenden Abbildung dargestellt:

Abbildung 6: Die Häufigkeiten der Arbeitsbelastungen bei Patienten- und Kontrollgruppe (in %)



Aufgrund des Studiums der Tabelle und der Abbildung ist zu erkennen, daß die berücksichtigten Merkmale einzeln und als Summe gerechnet keinen signifikanten Zusammenhang mit den psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen bei türkischen Gastarbeitern aufweisen.

3.4.3. Ulkusfördernde Eß- und Trinkgewohnheiten (ULFOEGE)

Wir bezogen die Eß- und Trinkgewohnheiten deshalb in die Untersuchung mit ein, weil wir feststellen wollten, ob die Ulkuserkrankung auch mit physischen und chemischen Faktoren zusammenhängt.

Tabelle 17: Häufigkeiten der als ulkusfördernd betrachteten Gewohnheitsmerkmale (in %) und Signifikanzwerte (χ^2; α)

GEWOHNHEITEN	HÄUFIGKEITEN			χ^2	α
	PG n_1=35	KG n_2=45	GESAMT n = 80		
Rauchen	82,9	57,8	68,8	4,66	0,03
Schnelles Essen	48,6	35,6	41,3	0,89	0,34
Alkoholkonsum	54,3	42,2	47,6	0,72	0,40
Scharf gewürzt	48,7	55,6	51,2	0,42	0,52
Heiße oder kalte Speisen	40,0	40,0	40,0	0,06	0,82
Nichtgewöhnung an dt. Essen	17,1	13,3	15,0	0,04	0,84
Überm. Tee- od.Kaffeekonsum	86,6	84,4	86,3	0,04	0,84

Bei der Prüfung des Zusammenhangs der einzelnen Merkmale mit den Ulkuserkrankungen ergab sich nur hinsichtlich des Rauchens ein signifikanter Zusammenhang (χ^2 0,03; 1 = 4,66 $\rangle$ χ^2 0,05; 1 = 3,84; Φ = 0,24). Hierbei wäre es sinnvoll, die Hintergründe dieses Rauchens, d.h. die Frage, warum gerade Ulkuspatienten in übermäßigen Mengen Tabak konsumieren, zu untersuchen. Bei einer solchen Untersuchung sollten dann auch psychosoziale Faktoren mitberücksichtigt werden.

Abbildung 7: Häufigkeiten aus den Summenindizes von ulkusfördernden Gewohnheiten (in %)

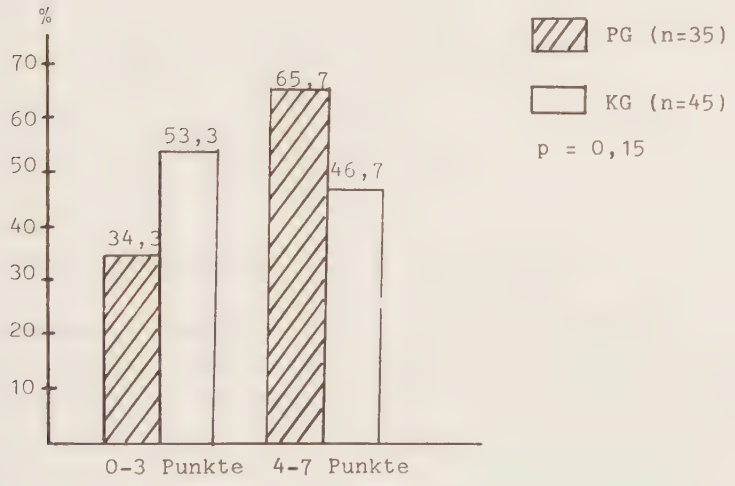
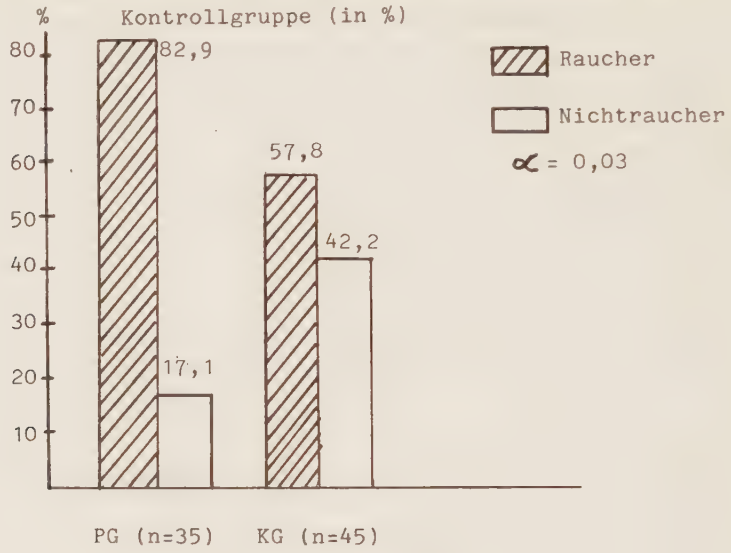


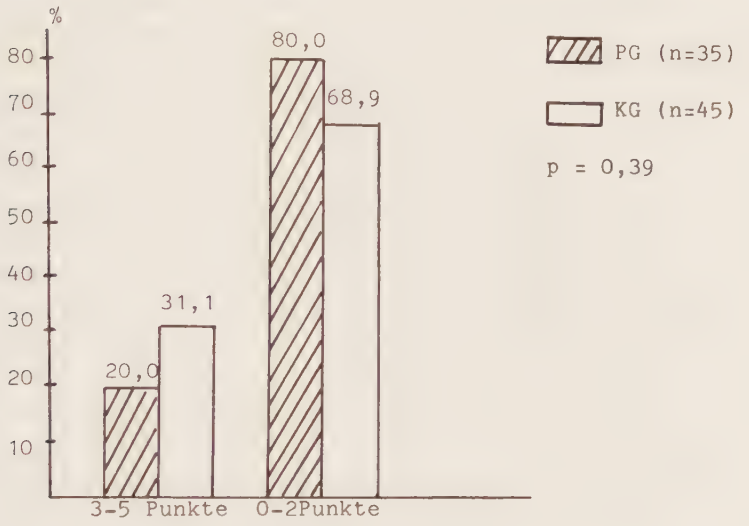
Abbildung 8: Häufigkeit der Raucher bei Patienten- und Kontrollgruppe (in %)



3.4.4. Belastungssituationen durch Wohnbedingungen (BELWO)

Zur Untersuchung der durch die Wohnbedingungen entstehenden Belastungssituationen wurde auf die Merkmale "Wohnzufriedenheit, Zimmer und Bewohneranzahl, Auskommen mit deutschen Nachbarn" Bezug genommen.
Die Unzufriedenheit mit der Wohnung und den Nachbarn wurde jeweils mit einem Punkt, die geringe Zimmer- und hohe Bewohneranzahl mit bis zu drei Punkten gewertet. Insgesamt gab es also fünf Punkte, wobei eine Belastungssumme, die 2 oder kleiner als 2 war, als gering, und eine, die größer als 2 war, als hoch angesehen wurde.
Die Häufigkeiten dieser Alternativen wurden bei der Ulkus- und Kontrollgruppe auf der Basis der Vierfeldertafel mit Hilfe des Chi-Quadrat-Testes geprüft und verglichen.

Abbildung 9: Die Häufigkeiten der aufgrund der Wohnbedingungen vorhandenen Belastungssituationen bei Ulkus- und Kontrollgruppe (in %)



In der Patientengruppe war der Anteil der Personen mit hohen Belastungen durch Wohnbedingungen geringer als bei den Gesunden. Somit wurde die Hypothese, die Belastung sei bei den Patienten höher, abgelehnt. Nach den Index-Häufigkeiten, in die auch subjektive Einschätzungen eingingen, scheinen die Belastungen durch Wohnbedingungen für die erkrankten (Ulkus) türkischen Arbeiter nicht bedeutender zu sein als für gesunde türkische Arbeiter.

Abbildung 10: Häufigkeiten der Bewohnerzahl in von Türken bewohnten Räumen (in %)

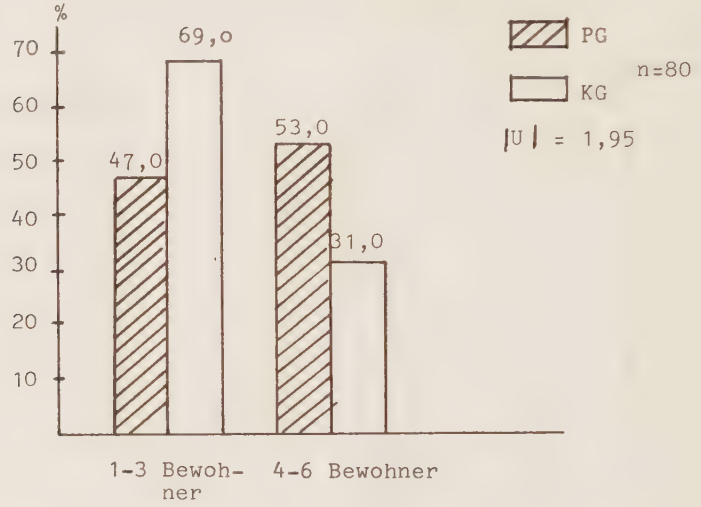
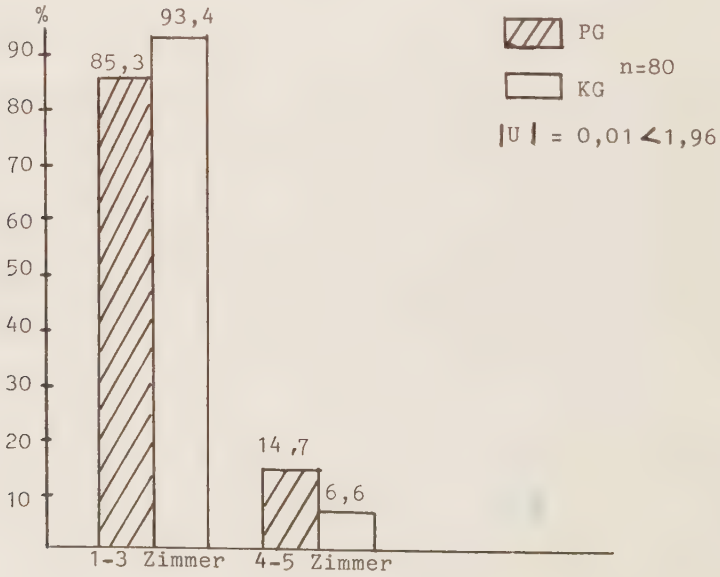


Abbildung 11: Zimmerzahl der von türkischen Arbeitern bewohnten Wohnungen (in %)



Wie aus den Abbildungen 10 und 11 zu ersehen ist, wohnen die befragten türkischen Arbeiter vorwiegend in Wohnungen mit höchstens drei Zimmern. Diese drei Zimmer mußten sich aber sehr oft mehr als drei Personen teilen. Insbesondere in den Arbeiterheimen wohnen mehrere erwachsene Männer im gleichen Zimmer und benutzen die gleichen Sanitäranlagen. Räumlich sind die Zimmer für so viele Personen zu klein und die Arbeiter schlafen oft in Betten, die übereinander montiert sind. Nicht nur diese Enge kann für sie zur Belastung werden, sondern auch der schichtarbeits-bedingte unterschiedliche Tagesrhythmus und die kulturelle Unterschiedlichkeit der Mitbewohner. Einer, der z.B. im Monat Ramadan nicht fastet, wird nicht weniger von dem Gläubigen gestört, der fastet, wie dieser durch das Verhalten des Indifferenten. Der Gläubige steht in der Nacht auf, um zu essen und die anderen werden im Schlaf gestört, während er selber durch die Haltung der Schlafenden gestört wird. Dazu kommt, daß nervöse Personen durch die zur Schlafenszeit Schichtwechselnden oder von Geräuschen, die bei engem Aufeinanderwohnen unvermeidbar sind, besonders belastet werden.
Unter solchen Bedingungen sind Konflikte oder aber heftige Auseinandersetzungen nicht ungewöhnlich.
Die Arbeiter, die in diesen Heimen wohnen und Wechselschicht mit Nachtarbeit verrichten, werden tagsüber durch die Reinigungsarbeiten im Hause oder durch Straßenlärm beim Schlaf gestört und oft geweckt,sodaß sie nie regelmäßig und auf die Dauer nicht ausreichend schlafen können.
Aber auch bei manchen Familien sieht es nicht viel anders aus. Während der Durchführung des Interviews hatten wir Familien getroffen, die in nur einem Zimmer wohnten. Im gleichen Zimmer spielten die Kinder, sahen manche Fernsehen oder spielten Musik von der Heimat und dieser Raum diente auch als Schlafzimmer.
Da es üblich war, daß wir nach den Interviews eine Weile

aufgehalten wurden, war bei solchen Familien zu beobachten, daß der Vater, der berufstätige Ernährer in der Familie trotz seiner Müdigkeit von der Arbeit kaum Zeit zur Erholung hatte, da er während seiner Freizeit ständig den Anforderungen der anderen Familienangehörigen nachzukommen bemüht war. Die Kinder tobten ständig, stellten viele Fragen und hatten Bitten an den Vater, der kaum noch fähig zu sein schien, den Kindern etwas klar zu machen. Andererseits hörten sie ihm nicht aufmerksam zu, machten nicht, was er ihnen sagte und forderten von ihm vieles gleichzeitig, und man konnte feststellen, daß der Vater erschöpft und hilflos sich ständig wiederholte.
Eine solche Umgebung ist sicher nicht geeignet, Ruhe und Entspannung von den Mühen harter Arbeit zu bieten.
Wir konnten auch erfahren, daß nicht wenige türkische Arbeiter während ihrer Freizeit am Wochenende Handel treiben und sich so zusätzliche Einkünfte verschaffen. Sie lieben sich also auch selbst keine Zeit zur Erholung. Sie waren in der Mehrzahl auffällig aktiv und gespannt und ihr starker Ehrgeiz treibt sie vermutlich dazu, mittels Geld und Sparen den sozialen Aufstieg zu beschleunigen.

In der Ulkusgruppe wohnten wesentlich mehr Arbeiter mit mehr als drei Personen zusammen als in der Kontrollgruppe. Der Unterschied der Häufigkeiten war annähernd signifikant ($|U| = 1{,}95 < |U|0{,}05; 1 = 1{,}96$). Mit Vorsicht kann daher die Aussage gemacht werden: Arbeiter, die mit vielen anderen Personen in einer Wohnung bzw. einem Zimmer leben, sind stärker von psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen gefährdet, d.h. also, daß das Zusammenleben mit mehreren Personen in einem Raum das Ulkusrisiko erhöht.
Im allgemeinen hatten die Arbeiter auf die Frage nach der Wohnzufriedenheit eine positive Antwort gegeben. Betrachtet man jedoch die oben angeführten Ergebnisse, so scheint Vorsicht gegenüber der Objektivität dieser Antworten angebracht.

4. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Die vorliegende Arbeit besteht aus einer Einleitung und drei Hauptkapiteln. In den Hauptkapiteln wird zunächst ein Literaturüberblick zur Gesundheitssituation der Gastarbeiter gegeben, sodann werden die sozialmedizischen und medizinsoziologischen Aspekte der Ulkuserkrankung, die hier für die theoretische Grundlage der eigenen Untersuchung ausführlich dargestellt sind, eingehend diskutiert und zuletzt wird die eigene Untersuchung an einer Stichprobe türkischer Gastarbeiter dargestellt.
Die Einleitung beschäftigt sich mit Problemen der Gastarbeitermigration aus sozio-ökonomischer Sicht und schafft eine Informationsbasis, die dem besseren Verständnis des später zu behandelnden Themas dienen soll.
Die Themen, die in dem Untersuchungskomplex der eigenen Untersuchung berücksichtigt werden sollen, sind nach jedem Kapitel des Literaturüberblicks zusammengefaßt.
Im ersten Kapitel wurde festgestellt, daß die Erkrankungen der Gastarbeiter im deutschsprachigen Raum eher aus dem Blickwinkel der Epidemiologie - insbesondere im Hinblick auf die Probleme der ansteckenden Krankheiten - betrachtet werden, und die Untersuchungen sich auf diesen Bereich konzentrierten.
Es gibt jedoch auch Untersuchungen, welche die kulturellen Besonderheiten und Migrationsprobleme im Zusammenhang mit psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen der Gastarbeiter berücksichtigt haben.
Es ließ sich zeigen, daß sich die Untersuchungen über die Gesundheitssituation der Gastarbeiter in den sechziger Jahren häufen, jedoch nach 1970 abnehmen, obwohl die Erkrankungen der Gastarbeiter ab 1969 zunehmen.
Zu diesem Sachverhalt konnte folgendes festgestellt werden: Die Erkrankungen der Gastarbeiter unterscheiden sich in Häufigkeit und Art von den Erkrankungen der deutschen Bevölkerung. Auch untereinander haben die Gastarbeitergruppen unterschiedliche Morbiditätsdaten.

Im Hinblick auf unsere eigene Untersuchung war es interessant festzustellen, daß gerade die türkischen Arbeiter am häufigsten von psychosomatischen Magen-Darmerkrankungen betroffen werden.
Im zweiten Kapitel wurden theoretische Grundlagen der Sozialmedizin, der Psychosomatik und der Medizinsoziologie in Bezug auf den Begriff des Sozialen problematisiert und der medizinsoziologische Ansatz im Verständnis einer multikausalen Ätiologie zur Basis unserer eigenen Untersuchung gemacht.
Im dritten Kapitel wurden die Zusammenhänge zwischen verschiedenen sozioökonomischen Faktoren und der Ulkuserkrankung unter Berücksichtigung des aus der Literatur erarbeiteten Ansatzes bei türkischen Gastarbeitern untersucht,wie sie sich auf der Basis der eigenen Daten darstellen.
Dabei wurde versucht, herauszufinden, ob die Ulkuserkrankung mit einem Komplex externer Belastungskonstellationen zu erklären ist,oder ob die psychischen bzw. psychoanalytischen Ansätze im Vordergrund stehen. Dazu wurde die These "Ulkus sei eine Berufskrankheit, eher eine Krankheit mittlerer Positionen, des männlichen Geschlechts, der ärmeren Schichten, des mittleren Alters usw." problematisiert und es wurde herausgestellt, daß es zwar zwischen diesen Faktoren und dem Ulkus bestimmte Zusammenhänge gibt, aber wegen methodischer Probleme die Ergebnisse immer noch umstritten sind.
In unserer Untersuchung wurde das Ulkus eher als eine psychosozial-ökonomisch-somatische Erkrankung betrachtet. Der psychologische Aspekt wurde eher im Begriff des Sozialen miteinbezogen.
Nach den Ergebnissen unserer Untersuchung, die sich auf eine relativ kleine Stichprobe von einer wechselhaften Gruppe türkischer Gastarbeiter bezieht, konnten zwar Zusammenhänge zwischen einigen sozioökonomischen Merkmalen und der Ulkuserkrankung festgestellt werden, sie sollten jedoch auch wegen methodischer Probleme mit Vorsicht bewertet werden. Es scheint allerdings notwendig zu sein, eine weitere Untersuchung der psychosomatischen Magen-

Darmerkrankungen der Gastarbeiter - insbesondere im Zusammenhang mit den lebensverändernden Ereignissen und besonderen Streßsituationen wie Wohndichte - anzustellen, da gerade diese Bereiche für die psychosomatische Erkrankung der Gastarbeiter von Bedeutung zu sein scheinen.
Auf der Grundlage der Indizes (Belastungssummen), die zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen lebensverändernden Ereignissen, Arbeitsbelastungen, ulkusfördernden Eß- und Trinkgewohnheiten, Wohnbedingungen und der Ulkuserkrankung bei türkischen Gastarbeitern gebildet wurden, zeigten sich folgende Ergebnisse:

1. Es bestand kein signifikanter Zusammenhang zwischen den oben genannten Belastungsindizes und der Ulkuserkrankung bei türkischen Arbeitern (als Signifikanzgrenze wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% gewählt).

2. Der Index für die Belastung durch lebensverändernde Ereignisse (EVENTS) lag mit 6% nahe bei der angenommenen Signifikanzgrenze und erwies sich als relativ bedeutsam. Die Ergebnisse der anderen Indizes hatten relativ kleine Testwerte bzw. große Irrtumswahrscheinlichkeiten und waren damit für die Interpretation der Belastungssummen weniger bedeutsam.
   Die Testwerte der berücksichtigen Indizes sind aus folgender Tabelle ersichtlich:

Tabelle 18: Kontingenztafeln der Summenindizes mit zu vergleichenden Gruppen (n_1=35; n_2=45)

Index	Chi^2	p	phi	n
EVENTS	3,47	0,06	0,23	80
BELARB	2,59	0,11	0,20	80
ULFOEGE	2,17	0,14	0,19	80
BELWO	0,75	0,39	0,13	80

Außer diesen Indizes erwiesen sich die Merkmale "Wohndichte" und "Rauchen" für die Ulkuserkrankung der türkischen Gastarbeiter als bedeutsam, wobei wir annehmen, daß sie Hinweise auf Streßsituationen geben, die unter spezifischen Le-

bensbedingungen bei Gastarbeitern wahrscheinlich sind. Vor dem Abschluß der Arbeit scheinen uns hier noch einige Bemerkungen und Überlegungen über die Arbeit und zur Situation der türkischen Gastarbeiter angebracht:
Der empirische Teil der Arbeit hat zum Ziel, über den Stellenwert sozioökonomischer Faktoren für die Ulkuserkrankung bei türkischen Gastarbeitern Aussagen machen zu können.
Dabei haben wir uns darauf konzentriert, die relative Bedeutung externer Belastungssituationen im Einwanderungsland zu erkunden. Im Anschluß an das Forschungsmodell von Siegrist wurde vermutet, daß sich chronische Arbeitsbelastungen sowie lebensverändernde Ereignisse als prämorbide Risikosituationen auch für Patienten mit Magen- Darmerkrankungen nachweisen lassen. Die Auswertung der Daten ergab Zusammenhänge zwischen den nach Krankheit unterschiedenen Untersuchungsgruppen und Belastungen der äußeren Lebenssituation. Die gefundenen Zusammenhänge müssen - wie gesagt - mit Vorsicht interpretiert werden. Ein eindeutiger Nachweis, daß Merkmale ihrer sozialen Lebenssituation bei türkischen Gastarbeitern ein eigenes Krankheitsrisiko begründen, kann auf der Grundlage der ausgewerteten Daten nicht eindeutig geführt werden.
Die für ätiologische Modelle in der Psychosomatik zentrale Frage, inwieweit sich ein Krankheitsrisiko aus den Belastungen der äußeren Lebenssituation bestimmt und inwieweit aus den individuell unterschiedlichen Bewältigungsstilen, muß in dieser Arbeit leider unbeantwortet bleiben. Obwohl der Forschungsplan die Berücksichtigung auch dieser Fragestellung vorsah, und bei der Befragung entsprechende psychologische Daten erhoben wurden, konnte sie in der vorliegenden Arbeit noch nicht untersucht werden, da diese Daten für uns nicht rechtzeitig zugänglich waren. Es soll aber an dieser Stelle betont werden, daß wir auch die individuelle Einstellung von Personen gegenüber Belastungsfaktoren für wichtig halten. Wenn

sich daher die Arbeit vorwiegend auf die externen Belastungssituationen beschränkt, so ist dies ausschließlich deshalb der Fall, weil der ursprünglich vorgesehene Auswertungsplan nicht realisiert werden konnte.
Im Mittelpunkt der ätiologischen Vorstellungen vom Ulkus als einer psychosomatischen Erkrankung, auf die wir uns beziehen, steht der Begriff der Multikausalität. Ausgangspunkt unserer Überlegungen zu dieser Arbeit war die Vorstellung, daß eine Vielzahl ulkusfördernder Faktoren von Bedeutung ist; Untersuchungen, die sich nur auf einen Aspekt dieser Gesamtheit beziehen, scheinen uns einseitig und mangelhaft zu sein. Untersuchungen zur psychosozialen Ulkusgenese sollten daher Konstellationen dieser verschiedenen Aspekte erforschen. Die sozioökonomischen Lebensbedingungen des erkrankten bzw. gefährdeten Menschen haben unter dieser Perspektive ihren zentralen Platz. Hervortretende Merkmale der sozio-ökonomischen Situation des türkischen Arbeiters in einer westlichen Gesellschaft sind Brüche bzgl. seiner sozialen Gruppenzugehörigkeit, rechtlicher Sonderstatus, Nichtanerkennung seiner Person und Mißachtung seiner Leistung. In diesen Punkten unterscheiden sich türkische Arbeiter von den einheimischen deutschen Arbeitern. Die Situation der türkischen Arbeiter ist von diesen Merkmalen aber mehr oder weniger gleichermaßen gekennzeichnet.
Natürlich ist anzunehmen, daß auch bei den Türken diesen Anpassungszwängen gegenüber unterschiedliche Einstellungen eine wichtige Rolle spielen. Es ist zu vermuten, daß bei gleicher Lebenssituation die unterschiedlichen Fähigkeiten von Personen, Belastungen zu bewältigen, ihre Krankheitsrisiken nicht unbeeinflußt lassen. Wir sind dieser Frage der individuellen Abwehrfähigkeit und Anfälligkeit nicht nachgegangen. Wir sind aber der Meinung, daß sich auf der Grundlage solcher psychologischer Faktoren die einseitige Betonung einer sogenannten Ulkus-Persönlichkeit nicht rechtfertigen läßt.

Die Einbeziehung von Daten über die interne Belastbarkeit sowie über kognitive sowie motivationale Merkmale der Person verspricht aber - auch auf der Grundlage der vorliegenden Befunde - eine wertvolle Ergänzung bei der Interpretation von Untersuchungsergebnissen wie den unseren. Psychologische Variablen wie Anspruchsniveau, Anstrengungsbereitschaft, Überempfindlichkeit, Leistungsmotivation und Flexibilität, Rigidität sollten in künftige Untersuchungen unbedingt mit einbezogen werden.

In der vorliegenden Arbeit sind wir der Frage nachgegangen, ob sich türkische Gastarbeiter, die an Magen-Darm-Krankheiten erkrankt waren und solche, die nicht erkrankt sind, in wichtigen Lebensumständen voneinander unterscheiden. Wir konnten zeigen, daß lebensverändernde Ereignisse, insbesondere häufige Umzüge, wie auch bestimmte Merkmale der Arbeitssituation bei den erkrankten Probanden häufiger anzutreffen waren. Die Differenzen sind allerdings nicht immer sehr deutlich ausgeprägt. Dagegen erwiesen sich die Merkmale Rauchen sowie Wohndichte als statistisch signifikant. Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, daß den statistischen Signifikanz-Kennwerten keine allzu große Bedeutung begemessen werden kann.
Wir wollen auf diesen Standpunkt aus mehreren Gründen etwas näher eingehen:

A Untersuchungs- und Kontrollgruppe sind in unserem Fall nur annäherungsweise geeignet, unterschiedliche Grundgesamtheiten zu repräsentieren. Zum einen ist die hier vorliegende Patientengruppe nach medizinischen Kriterien relativ inhomogen. Zum anderen ist den subjektiven Angaben der Probanden der Kontrollgruppe über ihren Gesundheitszustand mit Vorsicht zu begegnen.

B Die Ergebnisse basieren auf einer relativ kleinen Stichprobe von Türken, die größtenteils in wenigen gleichartigen Betrieben einer kleinen Industriestadt beschäftigt waren. Aufgrund dieser Tatsache konnte zumindest im Bereich chronischer beruflicher Belastungen keine große

Variabilität erwartet werden. Zudem konnten aufgrund des geringen Umfangs der Stichprobe die überprüften Zusammenhänge nicht bezüglich weiterer Merkmale, etwa demographischer, kontrolliert werden.

C Reliabilität und Validität unserer Daten müssen auch mit Vorsicht beurteilt werden. Die Erhebungen machten deutlich, daß eine Interviewsituation für türkische Arbeiter keine sozial definierte Situation darstellt. Zum einen können die türkischen Arbeiter, im Gegensatz zu Mitgliedern westlicher Gesellschaften, kaum von der Zweckmäßigkeit empirischer Sozialforschung überzeugt werden. Zum anderen sind sie nicht einmal mit der Praxis anonymer Befragungssituationen im allgemeinen vertraut. Aus diesen Gründen war es kaum möglich, die Interviewsituation für die befragten türkischen Arbeiter zu standardisieren. Die Interviews konnten nur in den seltensten Fällen unter vier Augen stattfinden. Während zwar Verzerrungen aufgrund sprachlicher Mißverständnisse ausgeschlossen werden können, wurde doch bei mißtrauischen Probanden oft eine Tendenz zu formaler und oberflächlicher Beantwortung festgestellt. Die Effekte dieses Wahrnehmungsbias sind nicht abschätzbar. Wir hatten unterstellt, daß sie sich auf die Untersuchungsgruppen gleichmäßig verteilen.

Für zukünftige Untersuchungen des Erkrankungsrisikos von Gastarbeiterpopulationen ist daher zu fordern:

1. Unter Beibehaltung komplexer Forschungspläne möglichst große Stichproben zu erreichen.
2. Weitestgehend Fragen auszuschließen, die soziale Wünschbarkeit thematisieren können, und sich stattdessen auf Faktenfragen zu beschränken.
3. Muttersprachliche Interviewer einzusetzen, die genügend Zeit darauf verwenden, den Probanden die Besonderheiten des Untersuchungsverfahrens zu erläutern.

Es ist noch viel Forschungsarbeit notwendig. Die grundlegenden Fragen zur Ätiologie psychosomatischer Erkrankungen

warten noch auf ihre Beantwortung. So wissen wir noch wenig Sicheres darüber, ob ein Krankheitsrisiko eher in den Belastungen der äußeren Lebenssituation begründet liegt, oder eher in den individuell unterschiedlichen Bewältigungsstilen, in der Art, wie Belastungen verarbeitet werden. Es wäre besonders interessant, diese Fragestellung bei Gruppen verschiedener Gastarbeiternationalitäten und bei deutschen Arbeitern im Vergleich zu untersuchen.
Abschließend wollen wir einige praktische Hinweise für Rehabilitation und Prävention geben, die wir aus den Überlegungen dieser Arbeit ableiten. Es handelt sich dabei nicht um Forderungen, die sich auf der Grundlage unserer Befunde zwangsläufig ergeben. Wegen der verschiedenen angeführten Mängel sind unsere Ergebnisse weit davon entfernt, generalisiert werden zu können. Trotzdem scheint uns zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Gastarbeiter folgendes wichtig zu sein:

A Rehabilitation

Psychosomatische Erkrankung umfaßt nach unserem Verständnis weit mehr als die lokale Organerkrankung. So erstrecken sich auch die Aspekte zur Behandlung von Ulkus auf die ökonomischen, soziokulturellen und psychischen Bedingungen der Person.
Eine Behandlung der Ulkuserkrankung ohne Berücksichtigung der genannten Bedingungen hätte nach unserem Verständnis geringe Erfolgsaussichten. Und das Risiko für ein erneutes Auftreten dieser Erkrankung würde nicht wesentlich vermindert. Je weitgehender ein Therapeut die zur Erkrankung führenden Bedingungen berücksichtigen kann, desto größer dürften u.E. die Heilungschancen werden. Die Behandlung psychosomatischer Ulkuspatienten sollte daher nicht nur Sache eines einzelnen Arztes sein. Es ist vorstellbar, Einrichtungen zu schaffen, die in einer Nachsorgephase die Lebenssituation des Erkrankten erkunden, und wenn notwendig, Interventionen veranlassen. Dies könnte in der Weise geschehen, daß die Gesundheitsdienste eng mit Sozialarbeitern in Kontakt sind, die mit Problemen von Gastarbeitern vertraut

sind.

B Prävention

Es sind weitere Maßnahmen denkbar, denen unter dem Gesichtspunkt der Reduktion von bei Gastarbeitern kumulierenden Belastungen, ein präventiver Charakter zukommen könnte:

1. Wohnsituation und Arbeitsbedingungen von Gastarbeitern sollten von einer eigens dafür geschaffenen Institution (vergleichbar der des Gewerbeaufsichtsamtes) unter dem Gesichtspunkt gesunder Lebensmöglichkeiten regelmäßig überwacht werden. Die Zusammenarbeit mit anderen Ämtern müßte gewährleistet sein.

2. Es sollten ambulante Gesundheitsstationen eingerichtet werden, die mit Ärzten und Sozialarbeitern besetzt sein sollten. Mit dieser Einrichtung sollte man die Inanspruchnahme medizinischer Dienste von Gastarbeitern forcieren.

3. Die rechtlichen Bestimmungen für ausländische Arbeiter sollten überarbeitet und verändert werden, so daß diskriminierende Bedingungen, Unsicherheit, Angst vor der Verweigerung von Aufenthaltserlaubnis, Entlassungen und Beschränkungen ihrer Arbeitsmöglichkeiten beseitigt werden.

4. In den Behörden, in denen vorzugsweise Gastarbeiterangelegenheiten behandelt werden, sollte das Verwaltungspersonal auch Vertreter jeder Gastarbeiternationalität umfassen, damit ein muttersprachlicher Umgang ermöglicht wird.

5. Die Beschränkungen der Rechte von Familienangehörigen sollten aufgehoben werden.

6. Diskriminierende Bestimmungen im Bereich der Gewerbetätigkeit sollten abgeschafft werden.

7. Die Betriebe sollten verpflichtet werden, Gastarbeiter bei ihrer Einstellung über die Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz aufzuklären.

8. Die Ausbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten der Gastarbeiter sollten nicht beschränkt, sondern gefördert werden.

Sicher gibt es eine Vielzahl institutioneller Maßnahmen, von denen anzunehmen ist, daß sie einen Großteil nicht notwendiger Belastungen abbauen und auf diese Weise die verbleibenden Belastungen von Gastarbeitern infolge ihrer besonderen Situation auf ein Minimum beschränken können.

A n h a n g

F r a g e b o g e n

1) Wie alt sind Sie? Jahre:. . .

bis 25
26 - 30
31 - 35
36 - 40
41 - 45
46 - . . .

2) In welchem Jahr sind Sie nach Deutschland gekommen?
Jahr: . . .

3) Welchen Beruf üben Sie hier in Stadt Allendorf aus?
(genaue Bezeichnung und Funktion)

. . . . . .
Branche: Metall
Textil
andere

4) Welche berufliche Stellung haben Sie jetzt?
Arbeiter (ungelernt/angelernt)
Facharbeiter
Meister
Angestellter

5) Arbeiten Sie im Akkord?
nein
ja, Gruppenakkord
ja, Stückakkord
(wenn ja:) Seit wann? . . . . .

6) Machen Sie Schichtarbeit?

nein
ja, mit Nachtschicht
ja, ohne Nachtschicht

7) Welche Bedingungen treffen für Ihre Arbeit zu?
(einzeln ja/nein beantworten)

	ja	nein
häufige körperliche Anstrengung		
ständige Konzentration		
Schmutz, Staub, schädliche Stoffe		
Hitze, Kälte		
häufiger oder starker Lärm		
Fließbandarbeit		
hohes Arbeitstempo, Zeitdruck		
man kann während der Arbeit mit Kollegen reden.		
Unfallgefahr		
häufige Störungen des Arbeitsablaufs		
Entlassungsgefahr		
nichts von allem		

8) Sind Sie innerhalb des Betriebes immer am gleichen Platz eingesetzt?

ja
teils, teils
nein

9) Wieviel Überstunden machen Sie regelmäßig pro Monat?

. . . . Stunden/Monat
unregelmäßig
keine

10a) Arbeiten Sie mit Kollegen zusammen an einem Arbeitsplatz?
nein
ja (wenn ja:)

b) Welche Nationalitäten haben diese Kollegen (Mehrfachnennungen)
Türken
Deutsche
andere Nationalitäten

c) Wie verstehen Sie sich mit den deutschen Kollegen am Arbeitsplatz?

gut
gelegentliche Schwierigkeiten
häufig Streit, Mißtrauen, Konkurrenz
Türken bilden eine Gruppe für sich

11) Mit Arbeitern welcher Nationalitäten arbeiten Sie lieber zusammen?
Türken
Deutschen
mit Türken und Deutschen gleich gern
weiß nicht, egal

12) Hat Sie irgendwann einmal jemand ungerecht behandelt am Arbeitsplatz?
ja, oft
manchmal
nein

13) Haben Sie Erfahrungen mit der Gewerkschaft gemacht?
nein
ja (wenn ja:)

b) Hat Ihnen die Gewerkschaft bereits einmal bei Schwierigkeiten helfen können?

ja
nein

c) Meinen Sie, daß die Gewerkschafter sich besonders stark für die ausländischen Arbeiter einsetzen?

ja
nein
weiß nicht

d) Sind Sie Gewerkschaftsmitglied?
nein
ja (wenn ja:)
Setzen Sie sich besonders für die Gewerkschaft ein?
ja, als Betriebsrat oder Vertrauensmann
Aktivität ohne besondere Funktion
nein

14) Wie lange sind Sie schon in dem jetzigen Betrieb

. . . . . .

15a) Bei wieviel verschiedenen Betrieben haben Sie bisher in Deutschland gearbeitet?

Anzahl:. . . . . .

b) In wieviel verschiedenen Berufen haben Sie bisher in Deutschland gearbeitet?

Anzahl:. . . . . .

c) Haben Sie, solange Sie in Deutschland arbeiten, schon bessere oder schlechtere Positionen gehabt als jetzt?

nein

ja (wenn ja:)

Als was haben Sie da gearbeitet?

. . . . . .

d) Waren Sie in Deutschland schon einmal arbeitslos?

nein

ja (wenn ja:)

Wie lange?. . . . . .

16) Welchen Beruf haben Sie in der Türkei zuletzt ausgeübt? (genaue Bezeichnung und Funktion)

. . . . . .

17) Haben Sie in der Türkei die Schule besucht?

nein

ja (wenn ja:)

Welche?

Volksschule
Realschule
Gymnasium
Berufsschule

18a) Wieviel Einwohner hatte ungefähr der Ort, in dem Sie als Kind gelebt haben?

. . . . . Einwohner

b) Wieviel Einwohner hatte ungefähr Ihr letzter Wohnort in der Türkei?

. . . . . Einwohner

19) Haben Sie in der Türkei zuletzt mit Ihrer Familie oder mit Verwandten zusammengelebt?
nein
ja (wenn ja:)
Mit welchen? (Mehrfachnennungen)
eigene Familie
Eltern oder Schwiegereltern
Geschwister
andere

20) Wie ist Ihr Familienstand?
ledig
verheiratet, Ehefrau in Stadt Allendorf
seit wann?. . . . . .
verheiratet, Ehefrau in der Türkei
verwitwet, geschieden
seit wann? . . . . .
deutsche Ehefrau

21)(Wenn verheiratet oder verwitwet) Haben Sie Kinder?
ja
Wieviele?
Wieviele in Stadt Allendorf?
nein

22a) (Falls verheiratet:) Ist Ihre Ehefrau berufstätig?
nein
ja (wenn ja:)
Wieviele Stunden täglich? . . . .

b) Wie hoch ist das monatliche Einkommen der ganzen Familie einschließlich Kindergeld? DM . . . . .

c) Wieviel Geld wird etwa durchschnittlich im Monat in die Türkei geschickt als Unterhalt für Familienangehörige?

DM . . . . . .

d) Wieviel Geld sparen Sie außerdem noch im Monat?

DM . . . . . .

23) (Falls verheiratet oder geschieden:) Sind durch das Leben in Deutschland irgendwelche Schwierigkeiten innerhalb Ihrer eigenen Familie entstanden?

ja
nein
weiß nicht

24a) Wie wohnen Sie hier in Stadt Allendorf?
(Antwortmöglichkeiten vorlesen)

Privatzimmer
Betriebswohnheim
Privatwohnung
Betriebswohnung

b) Wieviele Personen wohnen darin?. . . . .

c) (Falls Wohnung:) Wieviele Zimmer haben Sie? . . . . .

d) Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?

ja
nein

25) (Wenn Wohnung oder Privatzimmer:) Wie kommen Sie mit deutschen Nachbarn oder dem Vermieter aus?

keinen Kontakt
sie beschweren sich öfter
Mißverständnisse wegen Sprachschwierigkeiten
Vorurteile gegen Ausländer
gutes Verständnis

26) In wievielen verschiedenen Wohnungen/Zimmern haben Sie bis jetzt in Deutschland gewohnt? . . . . . .

27) Warum sind Sie nach Deutschland gekommen?
(Mehrfachnennungen)

arbeitslos oder konnte Familie nicht ernähren

um viel Geld zu verdienen

um berufliche Kenntnisse zu erwerben

sonstiges

28) Warum sind Sie gerade nach Stadt Allendorf gekommen?

gleich durch Anwerbung

bekam in Stadt Allendorf gute Arbeitsstelle angeboten

Freunde oder Verwandte leben in Stadt Allendorf

zufällig

29a) Was tun Sie meistens nach der Arbeit oder am Wochenende?

müde, Langeweile, weiß nicht

Fernsehen, Radio hören, lesen

spazieren gehen

ins Gasthaus gehen

Besuche machen

sonstiges (was?)

b) Mit wem tun Sie das zusammen

allein

mit Familie/Verwandten

mit einer Freundin

- Deutsche
- Türkin

mit Freunden/Bekannten

- Deutsche
- Türken

30) Können Sie Deutsch?

ja, gut
etwas
nein, fast nicht

31) Gibt es Deutsche, mit denen Sie enger befreundet sind?

nein
ja (wenn ja:)
a) Wieviele?. . . . .
b) Woher kennen Sie sie?
Arbeitskollegen
Nachbarn
durch Freunde kennengelernt
zufällig kennengelernt

32) Haben Sie in Stadt Allendorf genug türkische Freunde?

ja
nein

33) Gehören Sie einem deutschen oder türkischen Verein oder einer Gruppe an?

nein
ja (wenn ja:)
Welchem?. . . . . .
deutsch
türkisch

34a) Hatten Sie bereits mit einer der folgenden Einrichtungen oder Personen zu tun? (Antwortmöglichkeiten vorlesen)

	ja	nein
Sozialarbeiter		
Arbeiterwohlfahrt		
Deutsche Parteien		
christliche Kir chen		
andere Einrichtungen Welche?.		
keine		

b) (Falls ja:) Konnte Ihnen dadurch bei einem Problem geholfen werden?

ja
etwas
nein

c) Würden Sie sich (wieder) mit einem Problem an eine dieser Einrichtungen wenden?

ja
vielleicht
nein

35) Haben Sie bereits einmal eine der folgenden Einrichtungen oder Veranstaltungen besucht? (Antwortmöglichkeiten vorlesen)

	ja	nein
Gemeinschaftszentrum		
Stadtbücherei		
Volkshochschule		
deutsche Festveranstaltungen, Volksfeste		
deutsches Kino		

36) Welche besonderen Einrichtungen für Türken würden Sie sich in Stadt Allendorf wünschen? (Antwortmöglichkeiten vorlesen)

	ja	nein
türkisches Zentrum als Treffpunkt		
türkische Beratungsstelle für Familienangelegenheiten		
türkische Sozialarbeiter		
Deutschkurse speziell für Türken		
Schulen speziell für türkische Kinder		
türkische Bibliothek		
türkische Gasthäuser oder Kaffeehäuser		
andere Einrichtungen Welche?		

37) Haben Sie sich an das deutsche Essen gewöhnen können?

ja
nein
teilweise

38) Halten Sie sich in Deutschland streng an die religiösen Vorschriften (Fasten, Gebet, Besuch der Moschee)?

ja
nein
teilweise

39) Was sind zur Zeit in Stadt Allendorf Ihre größten Probleme? (Mehrfachnennungen) (Antwortmöglichkeiten vorlesen)

Heimweh, Trennung von Familienangehörigen
keine Freunde/Freundin
Verzicht auf türkische Lebensart
Sprachschwierigkeiten
finanzielle Schwierigkeiten
Schwierigkeiten mit der Familie
Schwierigkeiten mit der Wohnung
Schwierigkeiten am Arbeitsplatz
Krankheit, Unfallfolgen
Angst vor Arbeitslosigkeit oder Ausweisung
andere Probleme (Welche?. . . . . .)
keine Probleme

40) Wohnen Sie lieber in einer deutschen Kleinstadt wie Stadt Allendorf oder würden Sie lieber in einer deutschen Großstadt leben wie z.B. Frankfurt?

lieber in Kleinstadt

Warum?
- mehr Kontakt zu Türken
- mehr Kontakt zu Deutschen
- bessere Wohnungen
- kürzere Entfernungen zur Arbeit usw.
- größere Ähnlichkeit zum Leben in der Türkei
- Kinder können dort besser leben

lieber in Großstadt

Warum?
- besserer Verdienst
- bessere Einkaufsmöglichkeiten
- dort leben mehr Türken
- sonstiges

weiß nicht, unentschieden

41) Wollen Sie wieder in die Türkei zurückkehren oder lieber in Deutschland bleiben?
- noch lange in Deutschland bleiben
- in die Türkei zurückkehren

42) Was erwarten Sie sich von Ihrem weiteren Aufenthalt in Deutschland?
- noch viel Geld sparen
- berufliche Qualifikation, Aufstieg
- Deutsch lernen
- versuchen, die deutsche Staatsangehörigkeit zu erwerben
- weiß nicht

in die Türkei zurückkehren

43a) Wann ungefähr?. . . . .

b) Warum wollen Sie zurückkehren?
- finanzielle Gründe
- familiäre Gründe
- wegen der Lebensart

c) Was wollen Sie in der Türkei arbeiten?

. . . . . .

d) Werden Sie bis zu Ihrer Rückkehr soviel Geld gespart haben, wie Sie sich vorgenommen hatten?

ja
nicht ganz soviel
nein

e) Werden Sie sich leicht wieder auf die türkischen Lebensgewohnheiten umstellen können?

ja
teilweise
nein

44) Essen Sie oft sehr heiße oder sehr kalte Speisen?

ja
manchmal
nein

45) Essen Sie oft scharf gewürzte Speisen?

ja
manchmal
nein

46) Nehmen Sie sich für eine Mahlzeit mehr als 20 Minuten Zeit?

ja
manchmal
nein

47) Haben Sie alkoholische Getränke zu sich genommen bzw. nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

ja
manchmal
nein

48) Trinken Sie mehr als zwei Tassen Tee oder Kaffee täglich?

ja
manchmal
nein

49) Haben Sie geraucht bzw. rauchen Sie?

ja
Wieviele Zigaretten am Tag?. . . .
nein

50) Hatten Sie einmal eine Vergiftung, eine Verletzung oder einen Unfall erlitten?

nein
ja
Welcher Art? . . . . . .
Wann? . . . . . .

51) Wurden Sie einmal wegen einer Magen-Darm-Erkrankung behandelt?

nein
ja
Wegen welcher?.....
Wann? .....

52) Sind Sie von einem wichtigen politischen bzw. wirtschaftlichen Ereignis stark betroffen worden?

- von einer Wirtschaftskrise in der Türkei
- von einer Wirtschaftskrise in Deutschland
- von einer Naturkatastrophe
- sonstiges
- nein
- (Wenn ja:) Wann?.....

53) Sind Sie von einer für Sie wichtigen Person enttäuscht oder gekränkt worden?

- nein
- ja
  - Wann?.....
  - Von wem?
    - Partnerin
    - Mutter/Vater
    - Kind (er)
    - Arbeitgeber/Vorgesetzte
    - Freunde/Verwandte

54) Ist für Sie eine wichtige Freundschaft oder Beziehung in den letzten Jahren zu Ende gegangen?

- nein
- ja
  - Wann?.....

55) Ist jemand aus Ihrer Familie in den letzten Jahren gestorben?

- nein
- ja
  - Wer?
    - Partner
    - Kind(er)

Mutter/Vater
Geschwister
Wann?.....

56) Ist bei Ihnen oder in Ihrer Familie eine schwere Krankheit oder Operation aufgetreten?
nein
ja
Welche?.....
Wann? .....

(Die in diesen Fragebogen enthaltenen prospektiven Fragen wurden von mir nicht verwendet).

Literaturverzeichnis

1. Albrecht, G.: Soziologie der geographischen Mobilität. Enke, Stuttgart 1972.

2. Alexander, F.: Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete. De Gruyter, Berlin 1971.

3. Ballerstedt, E., W. Glatzer: Soziologischer Almanach. Herder-Herder, Frankfurt 1975.

4. Bingemer, K. u.a. (Hg.): Leben als Gastarbeiter. Geglückte und mißglückte Integration. Westdeutscher Verlag, Köln und Opladen 1970.

5. Bojanowicz, K.: Zum Einfluß von Alter, Geschlecht und Konstitution auf die Ulkuskrankheit. Z.ges.innere Med. 27 (1972), S. 531-534.

6. Borris, M.: Ausländische Arbeiter in einer Großstadt. Eine empirische Untersuchung am Beispiel Frankfurt. EVA, Frankfurt 1973.

7. Böker, W.: Zur psychischen Morbidität ausländischer Arbeitnehmer. Öff. Gesundheitswesen 39 (1977) 720-732, Thieme, Stuttgart.

8. Bundesanstalt für Arbeit (Hg. u. Verlag): Ausländische Arbeitnehmer 1971. Nürnberg 1972.

9. Bundesanstalt für Arbeit (Hg. u. Verlag): Repräsentativuntersuchung '72 über die Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer. Nürnberg 1972.

10. Clarke, M., T. Halil, N. Salmon: Peptic ulceration in men - Epidemiology and medical care. Brit. J. prev. soc. Med. (1976), 30, 115-122.

11. Claus, G., H. Ebener: Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen. Harri Deutsch, Frankfurt 1972.

12. Collatz, J., H.-J.Schmoll: Ein sozialmedizinischer Beitrag zur Problemdiskusstion über den Gesundheitszustand und die medizinische Versorgung der ausländischen Arbeitnehmer. Öff. Gesundheitswesen, 35 (1973), 449-458, G. Thieme, Stuttgart.

13. Delgado, M.: Die Gastarbeiter in der Presse. Leske, Opladen 1972.

14. Demling, D.: Der kranke Magen. Urban-Schwarzenberg, München 1970.

15. Diebschlag, W.: Streß am modernen Arbeitsplatz. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Präventivmedizin 10, 217 (1974).

16. Dohrenwend, B.P. u. B.S. Dohrenwend: Stressful life events. Their nature and effects. John Wiley & Sons, New York 1974.

17. Doll, R., F.A. Jones: Occupational factors in the etiology of gastric and duodenal ulcers with an estimate of their incidence in the general population. H.M. Stationary Office, London 1951.

18. Enke, H. u.a.: Lehrbuch der medizinischen Psychologie. Urban-Schwarzenberg, München 1976.

19. Frey, D. u.a.: Zukünftiges Verhalten der ausländischen Arbeiter. Soziale Welt 29, 1 (1978).

20. Freyberger, H.: Psychosomatische Aspekte bei Magenstörungen. Therapiewoche 28, 7034-7046 (1978), Verlag G. Braun, Karlsruhe.

21. Friedrichs, J.: Methoden empirischer Sozialforschung. Rowohlt, Reinbeck 1973.

22. Frießem, D.H.: Gesundheitsprobleme ausländischer Arbeiter in Westdeutschland. Das Argument 69, Jg. 13, Heft 11/12, S. 945-954, Berlin 1971.

23. Frießem, D.H.: Psychiatirsche und psychosomatische Erkrankungen ausländischer Arbeiter in der BRD. Ein Beitrag zur Psychiatrie der Migration. Psychiatrie Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 26,1974.

24. Geiselberger, S. (Hg.): Schwarzbuch: Ausländische Arbeiter. Fischer, Frankfurt 1972.

25. Germer, W.D.: Krankheiten bei Gastarbeitern aus dem Mittelmeerraum. Berliner Ärzteblatt 79, 728 (1966).

26. Glatzel, H.: Zur Psychosomatik der Ulkuskrankheit. Ergebnisse einer klinischen Arbeitsrichtung. Z. Psychosom. Med. 1 (1954/55).

27. Goldberg, J., B. Güther, H. Jung: Arbeitslosigkeit. Ursachen-Entwicklung-Alternativen. VMB, Frankfurt 1977.

28. Gunderson, E. u. R.H. Rahe: Life stress and illness. Springfield 1974.

29. Gyr, K., E. Gemsenjäger: Epidemiologische Aspekte des Ulkus duodeni beim Gastarbeiter. Prqxis 61, 14-19, 1972.

30. Habermeier, E.: Türkische Arbeiter in Deutschland. Orient 4 (1966).

31. Heintz, P., H.J. Hoffmann-Nowotny: Das Fremdarbeiterproblem aus soziologischer Sicht. Schweizer Monatshefte 5 (1969).

32. Hoeschel, E.: Ausländische Arbeitnehmer in der Bundesrepublik. Dt. Med. Journal 23 (1972).

33. Hoffmann-Nowotny, H.J.: Soziologie des Fremdarbeiterproblems. Enke, Stuttgart 1973.

34. Holmes, T.H. u. M. Masuda: Life change and illness susceptability. In: Dohrenwend, B.P. und B.S. Dohrenwend: Stressful life events. John Wiley & Sons, New York 1974.

35. Holmes, T.H. u. R.H. Rahe: The social readjustment rating scale. J. of Psychosom. Research 11, 1967, 213-218.

36. Kasiske, R.: Gesundheit am Arbeitsplatz. Berichte und Analysen zu Belastungen und Gefahren im Betrieb. Rowohlt, Reinbeck 1976.

37. Kellner, W.: Motivation und Verhalten türkischer Gastarbeiterinnen. In: Arbeit und Leistung 28, 1974, 161-163.

38. Klee, E. (Hg.): Gastarbeiter. Analysen und Berichte. Suhrkamp, Frankfurt 1972.

39. Klee, E.: Die Nigger Europas. Patmos, Düsseldorf 1973.

40. Kriz, J.: Statistik in den Sozialwissenschaften. Rowohlt, Reinbeck 1973.

41. Kühn, H.A.: Krankheiten der Verdauungsorgane. In: Heilmeyer, L. (Hg.): Innere Medizin. Springer, Berlin 1961.

42. Mayntz, R., K. Hohn, P. Hübner: Einführung in die Methoden der empirischen Soziologie. WDV, Köln und Opladen 1974.

43. Mirsky, I.A.: Körperliche, seelische und soziale Faktoren bei psychosomatischen Störungen. Psyche 15, 26 (1961).

44. Mitscherlich, A.: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin. Suhrkamp, Frankfurt 1967.

45. Nesswetha, W.: Der ausländische Arbeiter in arbeitsmedizinischer Sicht. In: Stirn, H. (Hg.): Ausländische Arbeiter im Betrieb. Bartmann, Frechen/Köln 1964.

46. Nikolinakos, M.: Politische Ökonomie der Gastarbeiterfrage. Migration und Kapitalismus. Rowohlt, Reinbeck 1973.

47. Osterland, M. u.a.: Materialien zur Lebens- und Arbeitssituation der Industriearbeiter in der BRD. EVA, Frankfurt 1973.

48. Overbeck, G.: Psychosomatische Modellvorstellungen zur Pathogenese der Ulkuskrankheit. Psyche, Jg. 29, H.6, 1975, 542-567.

49. Peter, H.-U. (Hg.): Arbeitspapiere zur ökonomischen und psychosozialen Situation gesellschaftlicher Minderheiten. Ausländische Arbeiter in der BRD. Marburg 1973.

50. Peter, H.-U., C.B. Hyams (Hg.): Arbeitermigration. Beiträge zu Problemen der Arbeitskräftewanderung nach Westeuropa. Forschungsstelle für Arbeitermigration, Marburg 1975.

51. Pflanz, M., E. Rosenstein, Th. v. Uexküll: Sociopsychological aspects of peptic ulcers. J. of psychosom. Research 1, 68 (1956).

52. Pflanz, M.: Sozialer Wandel und Krankheit. Enke, Stuttgart 1962.

53. Pflanz, M.: Epidemiological and sociocultural factors in the etiology of duodenal ulcer. Adv. psychosom. Med., 6, 151, Karger, Basel 1971.

54. Potthoff, H.: Moderne Völkerwanderung. Die Freizügigkeit der arbeitenden Menschen in Europa. Gewerksch. Monatshefte 17, 129 (1966).

55. Riedesser, P.: Psychische Störungen bei ausländischen Arbeitern in der BRD. Ursachen, Probleme und sozialpolitische Konsequenzen. In: Caritas '73. Jb.d.dt. Caritasverbandes 1973.

56. Schäfer, H., M. Blohmke: Sozialmedizin. Thieme, Stuttgart 1972.

57. Schmoll, H.-J.: Zum Krankenstand der Gastarbeiter. Münch. Med. Wschr. 115, 1973, Nr. 50, 2280-2284.

58. Scholz, J.F.: Gesundheitliche Probleme bei ausländischen Arbeitnehmern. Gesundheitswesen 36 (1974) 1-8. Thieme, Stuttgart.

59 Scholz, J.F.: "Gastarbeiter" im deutschsprachigen Raum. In: Deutsches Med. Journal 12, 1972, 689.

60. Schöpfer, E.: Die psychische Belastung ist das Kernproblem. Auslandskurier 5, 17, 1970.

61. Schwarz, H.G.: Das Gastarbeiterproblem unter gesundheitlichem Aspekt. Gesundheitspol., 2, 84 (1966).

62. Sedlaczek, G.: Der ausländische Arbeitnehmer in der Kassenpraxis. Dt. Med. Journal 23, 12, 686 (1972).

63. Selye, H.: Streß. Lebensregeln vom Entdecker des Streß-Syndroms. Rowohlt, Reinbeck 1977.

64. Siegrist, J.: Lehrbuch der medizinischen Soziologie. Urban-Schwarzenberg, München 1977.

65. Siegrist, J.: Lebensereignisse und Krankheitsausbruch. Ergebnisse und Probleme aus medizinsoziologischer Sicht. Sozialwissenschaftliche Annalen, 1, 57-69. Physica Verl. Wien 1977.

66. Siegrist, J.: First myocardial infarction and psychosocial risk constellations. A conceptual analysis. Sozialwissenschaftliche Annalen, 2, 75-85. Physica Verlag, Wien 1978.

67. Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hg.): Statistik des Auslandes. Landesbericht Türkei 1977, 1978, Kohlhammer, Stuttgart u. Mainz.

68. Stevenson, D.K. u.a.: Life change and the postoperative course of duodenal ulcer patients. J. of Human stress Vol. 4, 1, 1979, 19-28.

69. Stirn, H.: Ausländische Arbeitnehmer in der BRD. Leske, Opladen, 1974.

70. Theorell, T.: Selected illnesses and somatic factors in relation to two psychosocial stress indices. J. of Psychosom. Research 1976, 7-20.

71. TİB: Yurtdışındaki İşçiler ve Sorunları. Tüm İktisatçılar Birliği Yayınları No. 12, Ankara 1975.

72. Uexküll, Th. v.: 40 Jahre psychosomatische Medizin. Ein geschichtlicher Rückblick. Münch. Med. Wschr. 119 (1977) Nr. 23, Jg. 1, S. 795-800.

73. Uexküll, Th. v. (Hg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. Urban-Schwarzenberg, München 1979.

74. Wyler, A.R. et al.: Magnitude of life events and seriousness of illness. Psychosm. Med. 33, 2, 1971, 115-122.

75. Zabalegui, L.: Psychische Belastungen ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland. Caritas '71. Dt. Caritas-Verband, 103, Freiburg 1972.

76. Zander, W.: Psychosomatische Forschungsergebnisse beim Ulkus duodeni. Verlag Med. Psych.,Göttingen 1977.

77. Zedwitz, J.v.: Ulkus duodeni der Ausländer. Ärztl. Praxis 23, 2556 (1971).

78. Zedwitz, J.v.: Zur Ätiologie der Magengeschwüre. Ärztl. Praxis, Jg. XVIII, 19, 745-747, 1966.

79. Zedwitz, J.v.: Der Mund bei der Verursachung der Ulkuskrankheit. Ärztliche Praxis, 17, 35, 1716-1720, 1965.

80. Zwingmann, C.: Auswirkungen der nostalgischen Reaktion auf das Verhalten ausländischer Arbeitnehmer. In: Stirn, H. (Hg.): Ausländische Arbeitnehmer im Betrieb. Bartmann, Frechen/Köln 1964.

Lebenslauf

Am 13.1.1946 wurde ich, Ali Koç, als Sohn des Bauern Osman Koç und seiner Frau Fatma Koç (geb. Özen) im Dorf Ahmetler (Türkei) geboren.

Von 1953 bis 1959 habe ich in meinem Dorf die Grundschule, von 1959 bis 1962 in Manavgat die Realschule, von 1962 bis 1965 in Antalya das Gymnasium besucht und dort das Abitur abgelegt.
Von 1965 bis 1969 studierte ich an der Istanbuler Universität Soziologie (Diplom), Philosophie (Nebenfach), Psychologie (Nebenfach) und Pädagogik (Lehrerstudium). Im Jahre 1969 legte ich in den oben genannten Fächern die Abschlußexamina ab.

Nach dem Abschluß meines Studiums leistete ich bei der türkischen Armee meinen Militärdienst ab (1970-1971). Von 1971 bis 1972 war ich Lehrer im Dienst des türkischen Kultusministeriums und 1972 bis 1973 sozialwissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Fakultät der Universität Diyarbakır.

1974 kam ich als Stipendiat des türkischen Kultusministeriums nach Österreich und besuchte dort etwa ein Jahr einen Sprachkurs für deutsche Sprache. 1975 siedelte ich nach Marburg/Lahn über, um bei Herrn Prof. Dr. Johannes Siegrist im Fach Medizinsoziologie zu promovieren.

Marburg, den 18.7.1979